

المرأة

واضطراباتها النفسية والعقلية

اعداد
الاستاذ الدكتور
محمد حسن غانم

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
٢٠١١

المرأة

واضطراباتها النفسية والعقلية

المرأة

واضطراباتها النفسية والعقلية

إعداد

الأستاذ الدكتور

د. محمد حسن غانم

القاهرة

٢٠١١

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر

إعداد/ الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

غانم ، محمد حسن .

المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية.

تأليف / محمد حسن غانم . ــ القاهرة: إيتراك، ٢٠١٠.

ص ؛ سم

تدمك : ٤ ١٨٨ ٣٨٣ ٩٧٧ ٩٧٨

١- المرأة ــ علم النفس .

أ- العنوان

١٥٥,٦٣٣

اسم الكتاب:	المرأة واضطراباتها النفسية والعقلية.
اسم المؤلف:	محمد حسن غانم .
رقم الطبعة:	الأولى
السنة:	٢٠١٠
رقم الإيداع:	٢٠٠٩/١٩٧٢٣
الترقيم الدولي:	٤ - ١٨٨ - ٣٨٣ - ٩٧٧ - ٩٧٨
اسم الناشر:	إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع
العنوان:	١٢ش حسين كامل سليم – ألماظة – مصر الجديدة
المحافظة:	القاهرة
التليفون:	٢٤١٧٢٧٤٩
اسم المطبعة:	الدار الهندسية
العنوان:	زهراء المعادي – المنطقة الصناعية

الإهداء

إلى كل إمرأة تعاني

وتتحمل في صمت معاناتها

وتسعى بكل إخلاص إلى زرع الأمل في أبناءها

وتجد سعادتها حين تذلل المعوقات

وتصل بأبناءها وأسرتها إلى بر السعادة والأمان

الفهرس المختصر

الفهرس التفصيلي

مقدمة

هل المرأة تعاني من اضطرابات نفسية أو عقلية أو إنحرافات سلوكية خاصة بها ؟! وهل توجد خطوط عامة مشتركة بين الإضطرابات التي تصيب كل من الرجل والمرأة؟!

واقع الأمر أن العديد من الدراسات والأبحاث الإكلينيكية والملاحظات العلمية قد أثبتت خصوصية اضطرابات المرأة، وأنه نظرًا لأن لها فسيولوجية خاصة ونفسية خاصة تتميز بها؛ فقد تقع فريسة للعديد من الاضطرابات النفسية، بل وبصورة واضحة وجليّة وتكون النتيجة لصالحها.

مثال: رغم أن اضطراب الإكتئاب يصيب كل من الرجال والنساء، إلا أن جميع النتائج - وفي العديد من الحضارات المختلفة - قد أثبتت أن المرأة تحصل على درجه عالية وذات دلالة في الإكتئاب مقارنةً بالرجل. ناهيك عن وجود العديد من الأفكار المسبقة وكذا أساليب التنشئة الاجتماعية الخاصة بالفتاه. إذ يمكن أن يتسامح المجتمع إزاء الكثير من السلوكيات التي تصدر من الأطفال الذكور، بيد أن هذا قد لا يكون في الغالب هو نفس السلوك الموجه إلى الإناث. مما يقود ويتراكم ويؤدي إلى (نفسية) خاصة بالمرأة.

صحيح أن علم النفس الفارق قد أكد وأثبت أنه - بإستثناء الفروق الفسيولوجية بين الذكور والإناث - ، فإنه لا توجد فروق، وأن المرأة تمتلك نفس القدرات والميول والسمات والخصائص ودرجة الذكاء (بل وقد تتفوق أحيانا على الذكور في نتائج التحصيل الدراسي)، إلا أن الأمر ليس متعلقًا بهذه القدرات (الفغل)، بل بكيفية التعامل مع قدرات الفتاة أو المرأة، ومحاولة (صبها) في قالب معين (بناءًا على تاريخ من الميراث والتراكمات والأفكار - أحيانًا - غير العقلانية تجاه المرأة)، كل هذا وغيره قد قاد إلى العديد عن

مشروعية الحديث عن خصوصية وتفرد المرأة في العديد من الجوانب خاصةً جانب الاضطرابات النفسية أو العقلية أو حتى الإنحرافات السلوكية.

وبعد:

الكتاب يتكون من فصولٍ تسع سارت كالأتي:

الفصل الأول: مدخل إلى سيكولوجية المرأة واضطرابات القلق، حيث تناولنا خصوصية القلق وأنواعه لدى المرأة.

وفي **الفصل الثاني:** المرأة والاضطرابات جسدية الشكل، حيث تم تناول الاضطرابات جسدية الشكل وكذا الأسباب. وفي **الفصل الثالث:** المرأة والاضطرابات الإنفصالية، إذ تم الحديث عن أنواع الاضطرابات الإنفصالية وخاصة تلك التي تصيب المرأة بدرجة أو بأخرى، وكذا الأسباب. وفي **الفصل الرابع:** المرأة واضطراب الفصام، حيث تم الحديث عن تعريف الفصام وأعراضه وتاريخه وأنواعه مع التركيز على الأنواع التي تصيب المرأة تحديدًا، وكذا تناول الإسباب. وفي **الفصل الخامس:** جاء بعنوان: المرأة واضطرابات الوجدان، حيث تم تناول مدى انتشار هذا النوع من الاضطراب، وكذا المحاولات الإجتهادية المختلفة للتصنيف وكذا الأسباب.

والفصل السادس المعنون: المرأة واضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق، حيث تم تناول هذا النوع من الاضطرابات من حيث الوبائيات، وكذا الأنواع، والأسباب.

وفي الفصل السابع المعنون: المرأة واضطرابات الشخصية حيث تم تناول: الوبائيات ـ التعريف وكذا تصنيف أنواع اضطرابات التشخيص ومحكات (تشخيص) كل اضطراب على حده، وكذا الأسباب.

وفي الفصل الثامن تم تناول: المرأة واضطرابات النوم حيث تم تناول هذا الاضطراب من حيث: الوبائيات ـ التعريف ـ التصنيف والتشخيص لكل اضطراب من اضطرابات النوم سواء الأولية أو الثانوية، وكذا الأسباب.

وأخيرًا تم تناول: المرأة واضطرابات الأكل في الفصل التاسع من خلا ل الحديث عن: الوبائيات، التعريف، التصنيف وكذا تشخيص كل اضطراب على حده وكذا الأسباب.

وأخيرًا نأمل أن يدفع هذا الكتاب إلى الأهتمام بالمرأة، وقضاياها، وأن يبتعد الإهتمام عن الشعارات الرنانة أو السير في ركب (الحداثة)، وأن المجتمع ـ أى مجتمع ـ لن ينهض إلا إذا تم الإهتمام بالمرأة وقضاياها ومايؤلمها، وأنه بدون الإهتمام بالمرأة سيكون المجتمع أشبه ما يكون (بالأعرج)؛ لأنه يعاني من (خلل أو اضطراب) في ساقه الثانية، مما يؤثر بلا شك في حفظ توارنه.

والله وحده من وراء المقصد

د. محمد حسن غانم

حلوان في ٢٠١٠/٤/١٩


الفصل الأول
المرأة
واضطرابات القلق

المرأة واضطرابات القلق

محتويات الفصل

- مدخل إلى الدراسة.

١- المرأة واضطرابات القلق.

- تعريف القلق
- وبائيات انتشار القلق.
- المحكات التشخيصية لإضطراب القلق العام.
- القلق وما يرتبط به من مفاهيم.
- أسباب القلق.

٢- المرأة واضطراب الرهاب.

٣- المرأة واضطراب الهلع.

٣- المرأة واضطراب الوسواس القهري.

٥- المرأة واضطراب الضغوط التالية على الصدمة.

٦- المرأة واضطراب الهستريا.

الفصل الأول
المرأة واضطرابات القلق

مدخل إلى الدراسة

لا توجد فروق تذكر بين الرجل والمرأة بيد أن الفروق الفسيولوجية في الأعضاء التناسلية هي التى تبرز هذه الإختلافات.. ولكن إذا كان عضو الذكر يتجه إلى الصلابة، وعضو الأنثى يتجه إلى التجويف، فإن اللقاء الحميم بين الزوجين يؤكد وحدة اللقاء بين الرجل والمرأة.

ويترتب على الإختلاف الفسيولوجي هذا وجود بناء نفسي للمرأة يختلف عن ذلك البناء النفسي للرجل. ولا أحد يستطيع أن يدعي أن المرأة والرجل متشابهان إلا في البناء البيولوجي وبالتالي يختلفان أيضًا في البناء النفسي.

وقد لاحظ العلماء أن القلق يعد الملمح الأساسي في حياة الأنثي ويمكن رصده في الآتي:

أ ـ إبتداءًا من ميلاد البنت فإنها تنشأ في جو ملئ بالتحذير والتخويف من كشف أو لمس أعضائها التناسلية، وتشعر الأم (أو الأب) بالذعر حين تمتد يد الطفلة الصغيرة أبنة الخامسة من العمر لتستكشف أعضائها؛ فتنهرها بشدة وعنف وقد تعاقبها بالضرب أو التأنيب صحيح أن ذلك يتم أيضًا بالنسبة للطفل الذكر، إلا أن نصيب البنت من هذا التخويف و التحذير يكون أضعاف نصيب الولد (نوال السعداوي ١٩٧٧ ص٤١)

ب ـ إبتداء من سن البلوغ أي حوالي الثالثة عشر أو الثانية عشر (لأنه من المعروف أن الفتاة تبلغ قبل الولد الذكر بعام أو عامين)، وحتى سن الخامسة والأربعين تقريبًا فإن المرأة تحيض كل شهر، والحيض معناه أن البويضة لم تلقح ويكون قلق المرأة في جميع الأحوال هو السائد والمسيطر.

١ ـ في حالة ما إذا تأخر الحيض وكانت متزوجة، فإنها قد تفرح لأن إنقطاع الحيض معناه إمكانية الحمل، وقد تفاجئها الدورة فيزداد قلقها.

٢ ـ تأخر الدورة الشهرية والفتاة لم تتزوج بعد فينتابها القلق؛ لأن معنى ذلك وجود أعراض وأزمات لا قبل لها بها.

٣ ـ تأخر الدورة الشهرية لإمرأة تأخذ وسائل (تنظيم النسل)، ومعنى ذلك إمكانية قدوم فردًا جديد لم تستعد له الأسرة.

٤ ـ في كل ما سبق فإن الدورة الشهرية يرافقها العديد من الآلام الجسدية والنفسية لدرجة إننى سمعت كثيرًا من نساءٍ وفتياتٍ يستشعرن بقدوم الدورة الشهرية. إنهن يشعرن وكأن نارًا وحممًا وبراكين تخرج من صدرها وأنها تكون طوال دورتها عصبية وثائرة تتفلت أعصابها لأتفه الأسباب. وعلى المرأة أن تعي هذه المتغيرات، وعلى الرجل (الزوج ـ الأخ ـ الإبن ـ الأب) أن يقدر ذلك ويأخذه في الإعتبار.

ج ـ إن المرأة بطبيعتها عاطفية. ما أن تدخل إلى مرحلة المراهقة، حتى تتجه بعواطفها (نتيجة ظهور الرغبة الجنسية الكاملة لديها) إلى شخص آخر.. تتجه وتهبه كل مشاعرها ولذا ينتابها القلق من مجرد التفكير في أن (حبيبها) سوف يهجرها. وعلى قدر قسوة الرجل معها فأنها قد تنسى هذه الآلام من مجرد (كلمات قليلة جميلة حانية قد بثها الرجل في أذن زوجته). ألم يقولوا أن الشيطان يسكن في أذن المرأة؟!!

د ـ إذا تزوجت المرأة ودخلت في مرحلة الحمل، فإنها تظل قلقة خشية الخوف من أن لا يكتمل الحمل وتظل تسمع وتتسمع إلى نصائح النساء الخبيرات في مثل هذه الأمور ونحن بدورنا كعلم نفس ندرس باب كبير في فرع علم نفس النمو بعنوان: **العوامل التى تؤثر في نمو الجنين أثناء الحمل.**

حيث أن كل ما تفعله الأم وتقوم به، يؤثر سلبًا أو إيجابًا في نفسية أو صحة الطفل. ولذا فإن الأم السوية الملتزمة تكون بلا شك أرض صالحة وممهدة لإنجاب أبناء أصحاء، أما الأم القلق المتوترة المكتئبة أو المدمنة لاى نوع من أنواع المخدرات أو الخمر أو حتى التدخين؛ فإن ذلك يخلق البيئة الفاسدة لخلق وإنجاب أطفال مهيئين للفساد فى الصحة والنفس.

هـ ـ فإذا أنجبت الأم؛ فإن القلق لا يفارقها، وتظل قلقة وربما مكتئبة على أي عرض أو مرض يصيب الطفل وذلك لأن عاطفة الأمومة أقوى بكثير من عاطفة الأبوة. فالرجل يتناول أى أمر بالعقل والمنطق والتفكير، عكس حال المرأة حيث تتغلب الجوانب العاطفية لديها على الجوانب العقلية.

و ـ تلعب بعض الإتجاهات الإجتماعية السائدة أدوارها في إمكانية قلق المرأة ففي المجتمع المصري والعربي.تظل المرأة طوال عمرها قلقة .. ونرصد ذلك:

١ ـ في حالة عدم نجاح الأولاد أو تقدمهم في الدراسة.

٢ ـ في حالة تأخر البنت عن الزواج.

٣ ـ في حالة تأخر الولد الذكر عن الزواج.

٤ ـ سعادة أو عدم سعادة أولادها في الزواج.

٥ ـ إنجاب أو عدم إنجاب أحد من أبناءها.

٦ ـ الظروف الصحية لأولادها وقلقها من جراء ذلك.

٧ ـ استقرار أمور معيشية وحياة أولادها يجب أن نأخذه في الأعتبار.

٨ ـ مرض الزوج أو خروجه من العمل (مبكرًا) أو حتى في موعده .... إلخ

ومع تقدم المرأة في السن تتوقف الدورة الشهرية (في الغالب في سن الخامسة والأربعين) وهنا يزداد القلق والإكتئاب؛ لأن الغالبية تسمي ما يحدث في هذه السن بأنها مرحلة اليأس، حيث إنصراف الحيوية والنضج والشباب.... وبناءًا على مدى فهم المرأة لقيمتها يكون السواء أو عدم السواء النفسي المترتب على مثل هذه الاعراض.

وطوال مرحلة حياة المرأة قد تتعرض لهزات عنيفة مثل:

١ ـ ميلاد طفل معوق ذهنيًا مع ما يترتب على ذلك من إمكانية اتهام الزوجين كل منهما للآخر أنه هو السبب والمسؤول وأن (عائلته) عائلة كلهم من الأذكياء والعباقرة.

٢ ـ التعرض لحالة أو أكثر من حالات الإجهاض، خاصة إذا أخذنا في الإعتبار ان هذا الحمل الذي لم يكتمل هو حملها الأول، وجاء بعد طول ترقب وانتظار. ذلك لأن الإجهاض يحمل في معنى من معانيه شهادة فشل أعضاء المرأة على الإحتفاظ بالأطفال وقد سمعت مرة من سيدة كبيرة تصف زوجة ابنها دائمة الإجهاض بأن (أعضائها مملحة) وبالتالي تخلق جوًا فاسدًا لا يساعد على نمو الطفل به.

٣ ـ وقد تحرم المرأة من الإنجاب، وبالتالي فإن الدراسات النفسية القليلة التي رصدت وتناولت نفسية الأمهات العاقرات بالدراسة رصدت العديد من العوامل النفسية المتشابكة والمتداخلة أهمها نظرتها السوداوية إلى ذاتها، وعداوتها المنصبة على جسدها، واليأس من كل شيء.

٤ ـ وقد تتعرض المرأة إبان رحلتها مع الزوج إلى العديد من العواصف وقد تثبت سفينة الحياة، وقد تتقلب وتهاجمها العواصف والرياح. فقد يتم الطلاق أو قد ينقلان خلافاتهما إلى أروقة المحاكم، وقد تحرم من رؤية أطفالها. وقد تتعرض للإغتصاب، وقد يتركها الزوج مغتربًا في بلاد الآخرين وقد يتركها بالموت ولأسباب مختلفة فتضطر في الغالب إن تدفن عواطفها الجنسية تمامًا.. وتضع كل طاقاتها ورغباتها في ركن قصي من حياتها، وتواصل تربية أبناءها حتى تؤدي رسالتها في الحياة. وهي في كل الأحوال تظل قلقة خائفة مكتئبة تخشى غدر البشر والأيام.

المرأة واضطرابات القلق:

اضطرابات القلق Anxiety Disorders فئة تشخيصية مستقلة من بين التصنيفات المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل أو المراجع DSM III R 1987، وكذلك الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSMIV

1994، الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين، والذي يرصد العديد من الاضطرابات، ويجري العديد من البحوث والدراسات حول الاضطرابات الأكثر إنتشارًا، والإتفاق حول (معايير أو محكات التشخيص).

تعريف القلق Anxiety:

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم القلق. وسوف نكتفي بإيراد بعضًا من هذه التعريفات.

- عادة ما يصاحب القلق ظهور الأنواع المختلفة من الاضطرابات النفسية أو يصاحبها، إلا أنه في بعض الاحيان قد يكون هو العرض المرضي الوحيد والمستمر دون أن يتطور إلى مرض نفسي معين .. وقد يظل المريض بالقلق العصاب Nervotic Anxiety خائفًا متوترًا منشغلا سواء لأسباب واقعية أو متوهمة، وقد شاع القلق كثيرًا في هذا العصر.(فرج طه وآخرون ١٩٩٣، ص ٦٣٧)
- القلق هو شعور عام بالخشية، و أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديدًا غير معلوم المصدر مع شعور بالتوتر والشدة أو خوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية، وغالبًا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول، كما يتضمن إستجابة مفرطة مبالغ فيها لمواقف لا تمثل خطرًا حقيقيًا. وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية، ولكن الفرد الذي يعانى من القلق يستجيب لها غالبًا، كما لو كانت تمثل خطرًا ملحًا، ومواقف تصعب مواجهتها.(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤،ص١٤)
- القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس والخيفة والتحفز. والتوتر مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسمية؛ خاصة زيادة نشط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد، وذلك مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، والضيق في التنفس، والشعور بنبضات القلب، أو الصداع أو كثرة الحركة .. إلخ (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٧)

- القلق حالة مرضية تتسم بالشعور بالتوجس المصحوب بعلامات جسمية تشير إلى فرط نشاط الجهاز العصبي الذاتي، ويحتلف القلق عن الخوف بأن الأخير (أي الخوف) يمثل إستجابة لسبب معروف.(Kaplan.H & sadock,B., 1996)

وبائيات إنتشار القلق:-

أثبتت جميع الدراسات في وبائيات القلق الآتي:

أ - يصيب مرض القلق نحو خمسة في المائة من السكان في أي وقت بعينه، وهو يصيب واحد في المائة تقريبًا إلى درجة العجز. وأغلب المصابون به من النساء (ثمانون في المائة)، وتكون الغالبية من هؤلاء في سن القدرة على العمل والإنجاب، وربما أن النساء بطبيعتهن يتعرضن للعديد من الضغوط الخاصة بالجوانب البيولوجية والنفسية لدى النساء أكثر من الرجال.(ديفيد شيهان ١٩٨، ص ٢٠)

ب - أن اضطرابات القلق (بتصنيفاتها المختلفة) تصيب من ٣ - ٨ ٪ من السكان في اي وقت، وأن نسبة إصابة الإناث إلى الذكور تعادل ٢ : ١، وأن سن بداية الاضطراب تكون عادة في بدايات سن الرشد. (Kaplan.H of sadock,B., 1996)

ج - تبين في مسح وبائي حديث في الولايات المتحدة الأمريكية أن نسبة إنتشار اضطرابات القلق بين مجموع الشعب الأمريكي تصل إلى ٨٪، وأن نسبة الإناث ضعف نسبة الذكور.(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص ١١١)

المحكات التشخيصية لاضطراب القلق العام:

وفقًا للدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الرابع لتصنيف الاضطرابات النفسية، يصنف القلق العام كالآتى:

أ ـ قلق وإنزعاج شديد (توقع إدراكي) يدور حول عدد من الأحداث والنشاطات يستمر حدوثه أيامًا عديدة لا تقل عن ستة أشهر.

ب ـ يجد الشخص صعوبة بالغة في السيطرة على انزعاجه وتوتره.

ج ـ يرتبط القلق والإنزعاج ـ على الأقل ـ بثلاثة من الأعراض الستة الآتية:

١ ـ ملل أو شعور بالضيق، وأن الشخص يشعر كما لو أنه على حافة الهاوية.

٢ ـ سهولة الشعور بالتعب والإرهاق من أقل مجهود يبذله.

٣ ـ صعوبة في التركيز وإدراك العقل (من الداخل) وكأنه قد أصبح (خالي الوفاض).

٤ ـ سرعة وسهولة الإستثارة.

٥ ـ الشعور بشد عضل وتوتر.

٦ ـ المعاناة من صورة أو أكثر من اضطرابات النوم

د ـ لا يتركز القلق أو المعاناة حول إحدى خصائص اضطرابات المحور الأول الأخرى مثل: القلق من التعرض لنوبة من الهلع (اضطراب الهلع)، أو الشعور بالحرج في المواقف الإجتماعية (الفوبيا الإجتماعية)، أو الإتساخ (اضطراب الوسواس القهري)،أو الإبتعاد عن المنزل والأقارب (اضطراب قلق الإنفصال)، أو نقص الوزن (فقدان الشهية العصبي)، أو المعاناة من مرض خطير (توهم المرض)، أو أن يقتصر ظهور القلق وإنشغال البال أثناء اضطراب الكرب الناتج عن الصدمة.

هـ ـ أن يؤدي القلق وإنشغال البال أو الأعراض الجسمية المصاحبة إلى معاناة إكلينيكية ملحوظة، أو أن يخل بالوظائف الإجتماعية المهنية أو غيرها من الوظائف المهمة.

و ـ ألا يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتعاط مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمي مثل فرط النشاط للغدة الدرقيةأو ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجداني، أو اضطراب ذهاني (مرض عقلي أو الإصابة بالجنون كما يشيع بين العامة)، أو اضطراب تشوه النمو والإرتقاء.(APA.IV, 2000).

القلق وما يرتبط به من مفاهيم:

يرتبط القلق بالعديد من المفاهيم، ومنعًا للخلط بين مفهوم القلق والمفاهيم الأخرى، سوف نشير في عجالة إلى هذه المفاهيم حتى تتضح طبيعة هذه العلاقة.

١ ـ حالة القلق State Anxiety وسمة القلق Trait Anxiety:

يذكر (سبيلبيرجر) أن كثيرًا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التميز في إستخدامها المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية construct المرتبطة معًا بالرغم من أنها مختلفة، إذ غالبًا ما يستخدم مصطلح القلق بمعنيين:

- **الأول:** لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللا إرادي أو المستقبل. وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبهًا معينًا، أو موقفًا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له.
- **الثاني:** يستخدم مصطلح القلق يشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيًا في الإستهداف Proneness للقلب بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن إستنتاجها من تكرار إرتفاع حالة القلق لدى الفرد غير الأمن، وشدة هذه الحالة، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق.(أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٩ ـ ٢٠)

والخلاصة: أن حالة القلق مرتبطة بموقف خارجي، فإذا إنتهي الموقف المفترض أن تنتهي حالة القلق.

مثال: زوجة توفي زوجها، من الطبيعي أن تحزن وأن يزداد حزنها، خاصةً إذا كانت العلاقة بينهما تقوم على الحب والود والإحترام.. بيد أن هذا الحزن (المفروض أيضًا) أن يستمر لفترة معينة، وبعدها تعاود حياتها المعتادة.

أما سمة القلق فيقصد بها أن القلق سمة أساسية في شخصية الفرد، أو أنه دائمًا من النوع السريع المتعجل، ويأخذ كل شيء وأي شيء على أعصابه.

١ ـ القلق والخوف:

عادةً ما يكون الخوف والقلق وحدة ملتصقة، لكن توجد بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عكاشة في الجدول الآتي:

محاور المقارنة	القلق	الخوف
١ ـــــ السبب والموضوع	مجهول	معروف
٢ ـــــ التهديد	داخلي	خارجي
٣ ـــــ التعريف	غامض	محدد
٤ ـــــ الصراع	موجود	غير موجود
٥ ـــــ المدة	مزمنة	حادة

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٨)

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في: زيادة ضغط الدم، ضربات القلب، توتر العضلات، مع تحفز وعدم إستقرار وكثرة الحركة أما الخوف الشديد فيصاحبه تغيرات فسيولوجية تتمثل في إنخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء في العضلات؛ مما يؤدي أحيانًا إلى حالة إغماء.(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٧)

٢ ـ القلق والوسواس القهري:

أثبتت العديد من الأبحاث والدراسات وجود علاقة ما بين القلق واضطراب الوسواس القهري تتلخص في: ـ

أ ـ أن القلق هو الأساس في اضطراب الوسواس القهري، والدليل أنه في العلاج بالغمر ومنع الإستجابة يحدث إنطفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي.

ب ـ هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسي والفعل القهري، ولأن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك.

ج ـ إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري.

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضي هو المكون الأساسي في اضطراب الوسواس القهري (بكافة صوره وأشكاله).(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢، ص ص ٢٠٢ ـ ٢٠٦)

٣ ـ القلق السوي والقلق المريض:

في الغالب يكون القلق السوي خارجي المنشأ وهو الذي يجده الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر. أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئًا يهدد أمنه وسلامته (دايفيد شيهان ١٩٨٨ص ص ١٧ ـ ١٨)، في حين يكون القلق المرضي داخلي المنشأ، ولذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير فهو قلق مرضي Morbid، ويسمى أحيانًا بالقلق الهائم الطليق والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية.(أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ص ١٥ ـ ١٦)

٤ ـ قلق الموت Death Anxiety:

قلق الموت إستجابة إنفعالية، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل به الموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه.(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٥، ص١١٩)

٥ ـ قلق الإحتضار Dying Anxiety:

قلق الإحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية)، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء، وقد يعزي هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح.

أسباب القلق:

نستطيع حصر أسباب القلق في العوامل والأسباب الأتية: ـ

أولا: العومل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل الآتية: ـ

١ ـ زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السيمبثاوي.

٢ ـ زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamines في الدم.

٣ ـ إرتفاع نسبة نواتج أيض النورأدرينالين.

٤ ـ إنخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام)، وإنخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الإكتئاب.

٥ ـ إنخفاض تركيز حامض (جامابيوتريك)، مما يؤدي إلى إزدياد نشاط الجهاز العصبي المركزي.

٦ ـ إزدياد ناقل السيروتنين العصبي بسبب القلق، وإزدياد النشاط الدوباميني المرتبط بالقلق.

٧ ـ ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.

٨ ـ إزدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (مركز العصبونات النورأدرينالية).(KaplaN.H of schodck,B, 1996)

ثانيا: النظريات النفسية والقلق:

ـ تتعدد النظريات والإجتهادات التي قدمت للقلق، وربما كل نظرية لها وجهة نظر في القلق.وسوف تقتصر على إبراز فرويد بعض النظريات التي قدمت لأسباب القلق.

أ ـ فرويد القلق: نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد القلق في: ـ

- يرى فرويد ان هناك ثلاثة أنواع للقلق هي: القلق الواقعي، والقلق الأخلاقي، والقلق العصابي.
- وأن الفرد حين يفشل في مواجهة القلق، فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق.
- وأن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق، وكذلك الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف.
- كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الاخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبية (القضيبية)، كما ربط بين القلق وبين الخوف والأنا الأعلى والخوف من نبذ المجتمع.
- كما فرق فرويد بين العصاب أو المرضى والقلق الموضوعي الأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الغريزية الفطرية في حين أن الثاني (أى القلق الموضوعي) يكون ناتجا أو كامنًا في العالم الخارجي، وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي، فإنه يستشعر نوعًا من القلق (Davisin & Neale, 1994, pp.25 ـ 26).

ب ـ يونج ووجهة نظره في القلق: ـ

- إختلف يونج Jung مع فرويد فيما يتعلق بمفهوم اللبيد والجنس أساسًا، وإفترض ان هناك مستودعًا كبيرًا للطاقة عامةً غير متمايزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠١، ٧٢ ـ ٧٣)

ج ـ أوتورانك ووجهة نظره في أسباب القلق: ـ

- يرى أوتورانك Otto Rank أن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدر لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته، أو على اساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والامن. ويرى (رانك) أن الإرادة هي أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج إنفعاليًا، ولم تتطور إمكانياته من الضبط وتأكيد الذات.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨،ص ١٠٠)

- أما أصحاب المدرسة السلوكية (أمثال بافلوف، ميللر، باندورا.. إلخ)، فإنهم يلخصون أسباب القلق في:

أ ـ ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

ب ـ بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة)، فإنها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطًا وإحداثًا للضغط النفسي.

ج ـ يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين، وتقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الإجتماعي لباندورا).

د ـ يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير آخر

من خلال الفعل الشرطي، فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا؛ لذا لا عجب أن نجد (القلق) هو المركز والمنطلق والأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصابية. (HavolD,k.& BenJamin, s,1996)

كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية في الإعتبار، وهناك نوعين من الضغوط هما:ـ

أ ـ الضغط المباشر: الذي تسببه الأشياء التي تحدث إختلالا للفرد في بيئته الخارجية (طلاق، موت، رسوب، مرض خطير، ....إلخ).

ب ـ الضغط غير المباشر: والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين، وعدم الحسم (عين في الجنة وعين في النار، يتمنعن وهن الراغبات، نفسى فيه وأقول إخيه ....).

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه، بل إن إشتدادها وإستمرارها أو تشابكها، ونقص المقاومة، وغياب التشجيع والمساندة من البيئة كل ذلك وغيره قد يؤدي إلى (فاعلية) الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث اضطرابات القلق.(دافيد شيهان، ١٩٨٨)

٢ـ المرأة واضطراب الرهاب Phobia disorder

أ ـ مدى إنتشار اضطراب الهلع: ـ

تتعدد نسب إنتشار الهلع تبعًا للعديد من الدراسات:

- إذ يقدر في بعض الدراسات بنسبة ١,٥ ـ ٤ ٪.
- نسبة الإصابة ١:١ إذا لم يكن مصحوبًا بالأجورافوبيا .
- بينما تكون نسبة الإصابة ٢:١ إذا كانت تصاحبه.
- وإن الإناث أكثر إصابة بهذا الاضطراب مقارنةً بالذكور.
- وأن سن بداية الاضطراب تكون في أواخر العشرينات.

- وأن الدراسات التي تناولت التاريخ الأسري للإصابة بهذا الاضطراب قد أوضحت أن ٢٠٪ من أقارب الدرجة الأول لمرضى الأجورافوبيا يعانون المرض نفسه.(HarolD,K.,& BenJamin,s.1996)
- في حين توصلت دراسات خرى إلى أن الاضطرابات النفسية التي يكون الحصر هو العرض الأكثر شيوعًا فيها تصل نسبته إلى ١٧٪ من الأشخاص في أمريكا حيث المعاناة على الأقل/ شكل واحد من أشكال اضطرابات الحصر.(Kessler.et al,1994)
- في حين وجد أحمد عكاشة أن إضطراب الهلع بين مجموع الشعب بنسبة ٢ ـ ٥٪، مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة. وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠ ـ ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع.
- وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينات من العمر، ويبدأ الفرد من الشكوى في أواخر العشرينات حتى تتضح بصورة جلية الأعراض كما أوضحت دراسة (HarolD,K,BeJamin,s,196).
- توجد علاقة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى؛ أهمها: الإكتئاب، وسوء إستعمال المواد مثل الكحوليات والمهدئات، ومحاولات الإنتحار (حوالي ٢٠٪). كذلك يصاحب اضطراب الهلع في حوالي ١٥ ـ ٢٠٪ من حالات تدني الصمام الميترالي.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢٦ ـ ١٢٧)

تعريف المخاوف أو الفوبيا:

أ ـ في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي

في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (١٩٩٣) نجد تفرقه ما بين مصطلحي خوف fear وفوبيا phobia .

- حيث يشير المصطلح الأول إلى إعتبار الخوف ليس مرضًا (خاصة إذا كانت أسبابه خارجية)، بل يعد ذلك إرهاصًا بإمكانية إندلاع المرض. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٣٢٤)
- بينما يشير مصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضي من موضوع، أو من موقف لا يستثير عادةً الخوف لدى عامة الناس وأسويائهم ومن هنا إكتسب طابعه المرضي: كالخوف من الأماكن المفتوحة، والذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلا لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، ويظل قلقًا حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ص ٦٠٤ ـ ٦٠٥).

ب ـ في الطب النفسي:

حيث نستطيع تعريف إستجابة الخوف كالآتي:

١ ـ أنها غير متناسبة مع الموقف .

٢ ـ لا يمكن تفسيرها منطقيًا.

٣ ـ لا يستطيع الفرد التحكم فيها إراديًا.

٤ ـ تؤدي إلى الهروب، وتجنب المواقف المخيفة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٠)

تصنيف إستجابات اضطرابات المخاوف:

اضطرابات المخاوف المرضية هي فئة فرعية لاضطرابات القلق، أو الصورة هي المخاوف المرضية، والذي يؤدي بدروه إلى التجنب. ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV ثمانية اضطرابات تتميز بالحصر وإستجابات التجنب هي:

١ ـ اضطراب الفزع (مع رهاب الأماكن الفسيحة أو بدونه) Panic Disorder (with or without Agoraphobia)

٢ ـ رهاب الأماكن الفسيحة دون تحديد تاريخ سابق من اضطرابات الفزع
(goraphobia without History of Panic Disorder)

٣ ـ فوبيا محددة Specific phobia.

٤ ـ فوبيا إجتماعية Social phobia .

٥ ـ اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder.

٦ ـ اضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder.

٧ ـ اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder.

٨ ـ اضطراب الحصر المعمم أو العام Generalized Anxiety Disorder.

(DSM, Iv, 1994)

تعريف نوبات الفزع:

يعرف الدليل التشخيصي نوبات الفزع وفقًا للمعايير الآتية: ـ

- فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفزع الشديد الذي يظهر بدوره في أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية: ـ

١ ـ إرتفاع دقات القلب وزيادة سرعته.
ـ العرق.
٣ . الإرتجاف.
٤ ـ مشاعر ضيق التنفس أو الخمود.
٥ ـ الشعور بالإختناق.
٦ ـ آلام الصدر، أو عدم الإرتياح.
٧ ـ الغثيان أو عدم إستقرار المعدة.
٨ ـ الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء.
٩ ـ فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات.
١٠ ـ الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب (بالجنون).

و ـ ألا يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتعاط مادة (دواء أو مادة مخدرة) أو مرض جسمي مثل فرط النشاط للغدة الدرقيةأو ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب وجداني، أو اضطراب ذهاني (مرض عقلي أو الإصابة بالجنون كما يشيع بين العامة)، أو اضطراب تشوه النمو والإرتقاء.(APA.IV, 2000)

القلق وما يرتبط به من مفاهيم:

يرتبط القلق بالعديد من المفاهيم، ومنعًا للخلط بين مفهوم القلق والمفاهيم الأخرى، سوف نشير في عجالة إلى هذه المفاهيم حتى تتضح طبيعة هذه العلاقة.

١ ـ حالة القلق State Anxiety وسمة القلق Trait Anxiety:

يذكر (سبيلبيرجر) أن كثيرًا من الغموض والخلط المرتبط بمعنى القلق ومفهومه ينتج عن عدم التميز في إستخدامها المصطلح للإشارة إلى اثنين من المفاهيم البنائية construct المرتبطة معًا بالرغم من أنها مختلفة، إذ غالبًا ما يستخدم مصطلح القلق بمعنيين:

- **الأول:** لوصف حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر أو الهم وتنشيط (أو إثارة) الجهاز العصبي اللا إرادي أو المستقبل. وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبهًا معينًا، أو موقفًا على أنه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له.
- **الثاني:** يستخدم مصطلح القلق يشير إلى فروق فردية ثابتة نسبيًا في الإستهداف Proneness للقلب بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن إستنتاجها من تكرار إرتفاع حالة القلق لدى الفرد غير الأمن، وشدة هذه الحالة، كما أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين مثلا قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من الأفراد ذوي الدرجات المنخفضة في سمة القلق.(أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ١٩ ـ ٢٠)

والخلاصة: أن حالة القلق مرتبطة بموقف خارجي، فإذا إنتهي الموقف المفترض أن تنتهي حالة القلق.

مثال: زوجة توفي زوجها، من الطبيعي أن تحزن وأن يزداد حزنها، خاصةً إذا كانت العلاقة بينهما تقوم على الحب والود والإحترام.. بيد أن هذا الحزن (المفروض أيضًا) أن يستمر لفترة معينة، وبعدها تعاود حياتها المعتادة.

أما سمة القلق فيقصد بها أن القلق سمة أساسية في شخصية الفرد، أو أنه دائمًا من النوع السريع المتعجل، ويأخذ كل شيء وأي شيء على أعصابه.

١ ـ القلق والخوف:

عادةً ما يكون الخوف والقلق وحدة ملتصقة، لكن توجد بعض الفروق ما بين القلق والخوف يلخصها أحمد عكاشة في الجدول الآتي:

محاور المقارنة	القلق	الخوف
١ ـــــ السبب والموضوع	مجهول	معروف
٢ ـــــ التهديد	داخلي	خارجي
٣ ـــــ التعريف	غامض	محدد
٤ ـــــ الصراع	موجود	غير موجود
٥ ـــــ المدة	مزمنة	حادة

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٨)

كما أن القلق الشديد تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في: زيادة ضغط الدم، ضربات القلب، توتر العضلات، مع تحفز وعدم إستقرار وكثرة الحركة أما الخوف الشديد فيصاحبه تغيرات فسيولوجية تتمثل في إنخفاض ضغط الدم وضربات القلب وإرتخاء في العضلات؛ مما يؤدي أحيانًا إلى حالة إغماء.**(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٠٧)**

٢ ـ القلق والوسواس القهري:

أثبتت العديد من الأبحاث والدراسات وجود علاقة ما بين القلق واضطراب الوسواس القهري تتلخص في: ـ

أ ـ أن القلق هو الأساس في اضطراب الوسواس القهري، والدليل أنه في العلاج بالغمر ومنع الإستجابة يحدث إنطفاء أو تلاشي من الخوف أو القلق الشرطي.

ب ـ هناك علاقة ما بين القلق وحدوث كل من التفكير الوسواسي والفعل القهري، ولأن مريض الوسواس يفوز لديه (عامل القلق) ولذا لا يستطيع أن يمنع نفسه من تكرار السلوك.

ج ـ إن القلق تقل حدته حين يقوم مريض الوسواس بتكرار أو تنفيذ الفعل القهري.

وكل ما سبق يؤكد حقيقة أن القلق المرضي هو المكون الأساسي في اضطراب الوسواس القهري (بكافة صوره وأشكاله).(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٢، ص ص ٢٠٢ ـ ٢٠٦)

٣ ـ القلق السوي والقلق المريض:

في الغالب يكون القلق السوي خارجي المنشأ وهو الذي يجده الفرد في الأحوال الطبيعية كرد فعل للضغط النفسي أو الخطر. أي عندما يستطيع الفرد أن يميز بوضوح شيئًا يهدد أمنه وسلامته (دايفيد شيهان ١٩٨٨ص ص ١٧ ـ ١٨)، في حين يكون القلق المرضي داخلي المنشأ، ولذا فهو خوف مزمن من دون مبرر موضوعي، مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير فهو قلق مرضي Morbid، ويسمى أحيانًا بالقلق الهائم الطليق والقلق المرضي هو العرض المشترك والظاهرة الأساسية والمشكلة المركزية في كل الاضطرابات العصابية.(أحمد عبد الخالق ١٩٩٤، ص ص ١٥ ـ ١٦)

٤ ـ قلق الموت Death Anxiety:

قلق الموت إستجابة إنفعالية، ومشاعر شك وعجز وخوف تتركز حول ما يتصل به الموت والإحتضار لدى الشخص نفسه أو ذويه.(أحمد عبد الخالق ٢٠٠٥، ص١١٩)

٥ ـ قلق الإحتضار Dying Anxiety:

قلق الإحتضار يحدث نتيجة للخوف من هذه (العملية غير المنتهية)، وما يتنازع الشخص فيها من أمل في ألا يكون هذا هو المرض الأخير أو اليأس والقنوط من الشفاء، وقد يعزي هذا القلق بعض الإعتقادات الدينية المتصلة بخروج الروح.

أسباب القلق:

نستطيع حصر أسباب القلق في العوامل والأسباب الآتية: ـ

أولا: العومل البيولوجية:

وقد تم حصرها في العوامل الآتية: ـ

١ ـ زيادة نشاط الجهاز العصبي الذاتي ولا سيما الشق السيمبثاوي.

٢ ـ زيادة إطلاق مواد الكاتيكول أميد Catecholamines في الدم.

٣ ـ إرتفاع نسبة نواتج أيض النورأدرينالين.

٤ ـ إنخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام)، وإنخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق) كما في الإكتئاب.

٥ ـ إنخفاض تركيز حامض (جامابيوتريك)، مما يؤدي إلى إزدياد نشاط الجهاز العصبي المركزي.

٦ـ إزدياد ناقل السيروتنين العصبي بسبب القلق، وإزدياد النشاط الدوباميني المرتبط بالقلق.

٧ـ ظهور بؤرة نشطة في الفص الصدغي.

٨ـ إزدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (مركز العصبونات النورأدرينالية).(KaplaN.H of schodck,B, 1996)

ثانيا: النظريات النفسية والقلق:

ـ تتعدد النظريات والإجتهادات التي قدمت للقلق، وربما كل نظرية لها وجهة نظر في القلق.وسوف تقتصر على إبراز فرويد بعض النظريات التي قدمت لأسباب القلق.

أ ـ فرويد القلق: نستطيع أن نلخص وجهة نظر فرويد القلق في:ـ

- يرى فرويد ان هناك ثلاثة أنواع للقلق هي: القلق الواقعي، والقلق الأخلاقي، والقلق العصابي.
- وأن الفرد حين يفشل في مواجهة القلق، فإنه قد يلجأ إلى العديد من وسائل وآليات للدفاع ضد مخاطر القلق.
- وأن هناك علاقة وثيقة بين الكبت الجنسي والقلق، وكذلك الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس المخالف.
- كما ربط فرويد بين القلق والحرمان أو التهديد به وبين خطر الاخصاء الذي يثير القلق في المرحلة الأوديبية (القضيبية)، كما ربط بين القلق وبين الخوف والأنا الأعلى والخوف من نبذ المجتمع.
- كما فرق فرويد بين العصاب أو المرضى والقلق الموضوعي الأول ينتج من خطر كامن في الدوافع الغريزية الفطرية في حين أن الثاني (أى القلق الموضوعي) يكون ناتجا أو كامنًا في العالم الخارجي، وحين يدرك الفرد أنه عاجز عن مواجهة أخطار العالم الخارجي، فإنه يستشعر نوعًا من القلق (Davisin & Neale, 1994, pp.25 ـ 26).

ب ـ يونج ووجهة نظره في القلق: ـ

- إختلف يونج Jung مع فرويد فيما يتعلق بمفهوم اللبيد والجنس أساسًا، وإفترض ان هناك مستودعًا كبيرًا للطاقة عامةً غير متمايزة تنبثق منها القوى الدافعة للإنسان في حياته، وأدخل مفهوم اللاشعور الجمعي ويرى أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي. (جمعة سيد يوسف، ٢٠٠١، ٧٢ ـ ٧٣)

ج ـ أوتورانك ووجهة نظره في أسباب القلق: ـ

- يرى أوتورانك Otto Rank أن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدر لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مقتبل حياته، أو على اساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والامن. ويرى (رانك) أن الإرادة هي أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج إنفعاليًا، ولم تتطور إمكانياته من الضبط وتأكيد الذات.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨،ص ١٠٠)
- أما أصحاب المدرسة السلوكية (أمثال بافلوف، ميللر، باندورا.. إلخ)، فإنهم يلخصون أسباب القلق في:

أ ـ ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد.

ب ـ بمجرد المرور بخبرة (سارة أو مؤلمة)، فإنها تتحول إلى إستجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة وإحباطًا وإحداثًا للضغط النفسي.

ج ـ يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين، وتقليد أنماط القلق الخاصة بهما (على سبيل المثال نظرية التعلم الإجتماعي لباندورا).

د ـ يرتبط القلق بالمؤثرات (المثيرات) الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها، ثم ينقل من خلال مثير آخر

من خلال الفعل الشرطي، فيؤدي ذلك إلى ظهور الفوبيا؛ لذا لا عجب أن نجد (القلق) هو المركز والمنطلق والأساسي خلف كافة أنواع الاضطرابات العصابية. (HavolD,k.& BenJamin, s,1996)

كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية في الإعتبار، وهناك نوعين من الضغوط هما: ـ

أ ـ الضغط المباشر: الذي تسببه الأشياء التي تحدث إختلالا للفرد في بيئته الخارجية (طلاق، موت، رسوب، مرض خطير، ....إلخ).

ب ـ الضغط غير المباشر: والذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين، وعدم الحسم (عين في الجنة وعين في النار، يتمنعن وهن الراغبات، نفسى فيه وأقول إخيه ....).

بيد أن الضغوط وحدها قد لا تسبب القلق واضطرابه، بل إن إشتدادها وإستمرارها أو تشابكها، ونقص المقاومة، وغياب التشجيع والمساندة من البيئة كل ذلك وغيره قد يؤدي إلى (فاعلية) الضغوط على الشخص وبالتالي حدوث اضطرابات القلق. (دافيد شيهان، ١٩٨٨)

٢ـ المرأة واضطراب الرهاب Phobia disorder

أ ـ مدى إنتشار اضطراب الهلع: ـ

تتعدد نسب إنتشار الهلع تبعًا للعديد من الدراسات:

- إذ يقدر في بعض الدراسات بنسبة ١.٥ ـ ٤ ٪.
- نسبة الإصابة ١:١ إذا لم يكن مصحوبًا بالأجورافوبيا .
- بينما تكون نسبة الإصابة ٢:١ إذا كانت تصاحبه.
- وإن الإناث أكثر إصابة بهذا الاضطراب مقارنةً بالذكور.
- وأن سن بداية الاضطراب تكون في أواخر العشرينات.

- وأن الدراسات التي تناولت التاريخ الأسري للإصابة بهذا الاضطراب قد أوضحت أن ٢٠٪ من أقارب الدرجة الأول لمرضى الأجورافوبيا يعانون المرض نفسه.(HarolD,K.,& BenJamin,s.1996)
- في حين توصلت دراسات خرى إلى أن الاضطرابات النفسية التي يكون الحصر هو العرض الأكثر شيوعًا فيها تصل نسبته إلى ١٧٪ من الأشخاص في أمريكا حيث المعاناة على الأقل/ شكل واحد من أشكال اضطرابات الحصر.(Kessler.et al,1994)
- في حين وجد أحمد عكاشة أن إضطراب الهلع بين مجموع الشعب بنسبة ٢ ـ ٥٪، مما يجعل إنتشاره أكثر من التوقعات السابقة. وتشير الإحصائيات إلى أن ٣٠ ـ ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب، والذين لا يوجد بهم أدلة كافية على مرض في الشرايين التاجية يعانون من اضطراب الهلع.
- وعادة ما يبدأ الاضطراب في أوائل العشرينات من العمر، ويبدأ الفرد من الشكوى في أواخر العشرينات حتى تتضح بصورة جلية الأعراض كما أوضحت دراسة (HarolD,K,BeJamin,s,196).
- توجد علاقة بين اضطراب الهلع واضطرابات نفسية أخرى؛ أهمها: الإكتئاب، وسوء إستعمال المواد مثل الكحوليات والمهدئات، ومحاولات الإنتحار (حوالي ٢٠٪). كذلك يصاحب اضطراب الهلع في حوالي ١٥ ـ ٢٠٪ من حالات تدني الصمام الميترالي.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢٦ ـ ١٢٧)

تعريف المخاوف أو الفوبيا:

أ ـ في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي

في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (١٩٩٣) نجد تفرقه ما بين مصطلحي خوف fear وفوبيا phobia .

- حيث يشير المصطلح الأول إلى إعتبار الخوف ليس مرضًا (خاصة إذا كانت أسبابه خارجية)، بل يعد ذلك إرهاصًا بإمكانية إندلاع المرض. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٣٢٤)
- بينما يشير مصطلح فوبيا إلى خوف شديد مرضي من موضوع، أو من موقف لا يستثير عادةً الخوف لدى عامة الناس وأسويائهم ومن هنا إكتسب طابعه المرضي: كالخوف من الأماكن المفتوحة، والذي يبدو من خوف المريض من البقاء في الأماكن المفتوحة، فإذا دخل غرفة أو منزلا لا يستريح إلا إذا أغلق الباب، ويظل قلقًا حتى تغلق جميع المنافذ وهكذا. (حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ص ٦٠٤ ـ ٦٠٥).

ب ـ في الطب النفسي:

حيث نستطيع تعريف إستجابة الخوف كالآتي:

١ ـ أنها غير متناسبة مع الموقف.
٢ ـ لا يمكن تفسيرها منطقيًا.
٣ ـ لا يستطيع الفرد التحكم فيها إراديًا.
٤ ـ تؤدي إلى الهروب، وتجنب المواقف المخيفة (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٠)

تصنيف إستجابات اضطرابات المخاوف:

اضطرابات المخاوف المرضية هي فئة فرعية لاضطرابات القلق، أو الصورة هي المخاوف المرضية، والذي يؤدي بدروه إلى التجنب. ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSMIV ثمانية اضطرابات تتميز بالحصر وإستجابات التجنب هي:

١ ـ **اضطراب الفزع (مع رهاب الأماكن الفسيحة أو بدونه) Panic Disorder (with or without Agoraphobia)**

٢ ـ رهاب الأماكن الفسيحة دون تحديد تاريخ سابق من اضطرابات الفزع (goraphobia without History of Panic Disorder)

٣ ـ فوبيا محددة Specific phobia.

٤ ـ فوبيا إجتماعية Social phobia .

٥ ـ اضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder.

٦ ـ اضطراب توتر ما بعد الصدمة Post Traumatic Stress Disorder.

٧ ـ اضطراب التوتر الحاد Acute Stress Disorder.

٨ ـ اضطراب الحصر المعمم أو العام Generalized Anxiety Disorder.

(DSM, Iv, 1994)

تعريف نوبات الفزع:

يعرف الدليل التشخيصي نوبات الفزع وفقًا للمعايير الآتية: ـ

- فترة زمنية محددة تتميز بالخوف والفزع الشديد الذي يظهر بدوره في أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية: ـ

١ ـ إرتفاع دقات القلب وزيادة سرعته.

ـ العرق.

٣ ـ الإرتجاف.

٤ ـ مشاعر ضيق التنفس أو الخمود.

٥ ـ الشعور بالإختناق.

٦ ـ آلام الصدر، أو عدم الإرتياح.

٧ ـ الغثيان أو عدم إستقرار المعدة.

٨ ـ الشعور بالدوخة وعدم الإستقرار أو الدوار أو الإغماء.

٩ ـ فقدان الشعور بالواقع أو إنعدام الشعور بالذات.

١٠ ـ الخوف من أن يفقد السيطرة على نفسه أو يصاب (بالجنون).

١١ ـ الخوف من الموت.

١٢ ـ تشوش الحس (والشعور بأحاسيس من التتميل والوخز).

١٣ ـ نوبات من السخونة والبرودة (مرة يقول جسمي طالع منه صهد، ومرة أخرى يقول حاسس إن جسمي طالع منه ثلج).

- إن الأعراض السابقة (بعضها أو كلها) تظهر بشكل مفاجئ.
- إن هذه الأعراض تصل إلى قمتها خلال عشر دقائق.
- أن يشعر الشخص بنوبات فزع متعاقبة غير متوقعة.
- واحدة ـ على الأقل ـ من تلك النوبات ينبغي أن تليها فترة شهر على الأقل يعيش الشخص خلالها في قلق خوفًا من أن تعاوده نوبة أخرى.

أنواع المخاوف المرضية:ـ

١ـ رهاب الأماكن المرتفعة Agoraphobia:

تعريفه:

هو عبارة عن مخاوف من مغادرة المنزل، أو الدخول إلى المحال ،أو الزحام، أو الأماكن العامة، أو السفر وحيدًا في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات، ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية. ولذا فهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة؛ حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تمامًا.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٠ ـ ١٣١)

معايير تشخيص رهاب الأماكن الواسعة:

أ ـ القلق من أن يكون الشخص في أماكن أو مواقف يكون الهروب منها صعبًا، أو أن تكون المساعدة غير متاحة في حالة حدوث نوبات ذعر يتم التعرض لها على نحو غير متوقع، ومخاوف الأماكن الواسعة تتضمن مواقف متمايزة مثل: إمكانية السفر بالسيارة أو القطار أو الطائرة..... إلخ

ب ـ إن المواقف التي يتجنبها اشخص تؤدي إلى توتر ملحوظ، أو تكون مثيرة للقلق من حدوث نوبة ذعر، أو اعراض تشبه نوبة الذعر أو تتطلب الوجود مع الرفقاء للمساعدة.

ج ـ إن القلق أو تجنب الرهاب لا يعد من الاضطرابات الفعلية الأخرى مثل: الرهاب الإجتماعي، أو الرهاب البسيط أو المحدد، أو اضطراب وسواس قهري، أو اضطراب ما بعد الصدمة، أو اضطراب قلق الإنفصال.

(DSM IV, 1994).

٢ ـ الرهاب الإجتماعي Social phobia:

هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة من الآخرين؛ مما يؤدي إلى تجنب المواقف الإجتماعية، وعادة ما يصاحب المخاوف الإجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد.وقد يظهر على شكل شكوى من إحتقان الوجه، أو رعشة باليد، أو عثيان، أو رغبة شديدة في التبول، ويكون المريض مقتنعًا أن واحدة من هذه المظاهر الثانوية هي مشكلتة الأساسية وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٢)

<u>معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي:</u>

أ ـ الخوف الدائم والواضح من موقف أو أكثر من المواقف التى تتطلب الداء في جماعة حيث يخاف الفرد من أن يتصرف بطريقة تجعله حرجًا ومرتبكًا أمام الآخرين، مع ملاحظة أنه مع الأطفال قد توجد هذه الأعراض حسب تطور علاقة الأطفال بأقرانهم الآخرين.

ب ـ التعرض لأي موقف إجتماعي يثير لدى الشخص القلق على نحو محدد وثابت تقريبًا، والذي يتبدى في شكل أو أكثر من أشكال نوبات الذعر. مع ملاحظة أن الأطفال يعبرون عن رهابهم بالغضب أو تجنب المواقف التى تستثير لديهم وفيهم هذه المشاعر المؤلمة.

ج ـ في الغالب يدرك الشخص أن خوفه غير متناسب مع المواقف التى تحدث.

د - يتم تجنب المواقف الإجتماعية التى يخاف منها الفرد، أو التى تكون دائمًا مليئة بالقلق أو الأسى على النفس.

هـ - يتعارض التجنب أو توقع القلق أو الأسي مع المواقف الإجتماعية أو الأداء المرضي للفرد في علاقاته الإجتماعية.

و - إذا كان الفرد أقل من (١٨) سنة؛ فيجب أن نتتبع ظهور عرض أو أكثر من أعراض الرهاب لمدة (٦) أشهر على الأقل.

ز - لا يرجع الرهاب أو التجنب إلى التأثيرات الفسيولوجية المباشرة للمواد المؤثرة نفسيًا (مثل: سوء إستخدام العقاقير، أو التعرض للعلاج النفسي عن طريق تناول أدوية نفسية) أو نتيجة حالة طبية عامة. أو المعاناة من أي اضطرابات عقلية أخرى.

د - إذا ما وجدت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر، فإن الخوف في المعيار (أ) لا يكون مرتبطًا بها، ويتحدد عمومًا ما إذا كان الرهاب يشمل معظم المواقف الإجتماعية، مع الآخذ في الإعتبار تشخيص اضطرابات التشخيص التجنبية (حيث تتشابه في الكثير من أعراضها ومحكات تشخيصها مع محكات وتشخيص التجنب والمخاوف الإجتماعية). (DSM IV, 1994)

٣ـ الرهاب المحدد أو البسيط Specified phobia:

تعريفه:

وهو رهاب يقتصر على مواقف شديدة التحديد مثل الإقتراب من حيوانًا، أو الأماكن المرتفعة، الرعد، الظلام، التبول أو التبرز في مراحيض عامة. إلخ. وبالرغم من أن الموقف المثير محدد، إلا أن التعرض له يثير رعبًا كما هو الحال في حالات رهاب الخلاء، أو الرهاب الإجتماعي.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٤)

معايير تشخيص اضطراب الرهاب البسيط:

أ ـ خوف واضح وبصورة متزايدة بسبب توقع موضوع أو موقف محدد.

ب ـ التعرض لمثيرات الرهاب التى تستثير إستجابة القلق، والتى قد تأخذ شكل نوبة هلع، ولكن صورة موقفية (أي مرتبطة بالموقف)، مع ملاحظة أن الأطفال قد يعبرون عن قلقهم بالصراخ أو بالدخول في نوبة غضب، أو الإحتماء بالآخرين (الكبار).

ج ـ إدراك الفرد أن خوفه غير معقول أو متناسب مع الموقف؛ إلا أنه يدرك أيضًا أن هذا (أى الخوف) لا يستطيع السيطرة عليه.

د ـ تجنب الموقف أو المواقف المثيرة للرهاب أو الإستمرار في التعرض لهذه المواقف.

هـ ـ تتعارض مواقف التجنب أو توقع القلق من خلال توقعه أن يتعامل مع الآخرين، أو يتعرض لمواقف وموضوعات أخرى.

و ـ ملاحظة أن الأشخاص أقل من (١٨) سنة يجب أن يستمر عرض أو أكثر من أعراض المخاوف ولمدة (٦) شهور متصلة.

ز ـ لا يرجع الرهاب المرتبط بموضوع أو موقف معين إلى اضطراب عقلي آخر مثل اضطراب الوسواس القهري، أو نتيجة قلق الإنفصال.(DSMIV,1994)

٤ـ الفوبيا النوعية:

التعريف:

مخاوف غير مبررة من شيء أو موقف محدد مثل الأماكن المرتفعة والحاجة إلى تجنبها (كمثال).(HarolDK., BenJamin, s, 1996)

معايير تشخيص اضطرابات الفوبيا النوعية وفقاً للدليل الرابع:

أ ـ الخوف الشديد والمتواصل والمبالغ فيه وغير المعقول نتيجة وجود شيء أو موقف محدد أو توقع التعرض له مثل: الطيران، الأماكن المرتفعة، الحيوانات، الحقن، رؤية الدم... الخ.

ب ـ ظهور أعراض القلق عند التعرض للمثير المؤدي إلى الفوبيا في جميع الأحوال، حيث تتخذ تلك الأعراض شكل نوبة هلع مرتبطة بالموقف أو مترتبة عليه.

ملحوظة: تتخذ القلق في حالة الطفل صورة البكاء أو تجمد الجسم أو محاولة الإتصاق بالأب والأم.

أ ـ يدرك المريض أن مخاوفه مفرطة وغير معقولة.

ملحوظة: قد لا يظهر هذا المعيار في الطفل.

ب ـ تجنب الموقف الرهابي أو تحمله بمشقة وقلق شديدين.

ج ـ يؤدي التجنب والترقب القلق للموقف أو المثير والمعاناة التي يسببها إلى إخلال ملحوظ بأنشطة الشخص الروتينية العادية سواء كانت وظائف مهنية أو دراسية أو انشطة أو علاقات إجتماعية، أو إلى معاناة شديدة نتيجة الإصابة بالفوبيا.

د ـ يشترط في الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة أن تكون مدة الأعراض ٦ شهور على الأقل.

هـ ـ ألا تنطبق على القلق ونوبات الهلع والتجنب الرهابي المرتبط بشيء أو موقف معين معايير اضطراب نفسي آخر مثل: الوسواس القهري (الخوف من القذارة في مريض يشكو من النظافة)، أو اضطراب الكرب الناتج من صدمة (تجنب المواقف والمثيرات المرتبطة بالخبرة الصادمة)، أو قلق الإنفصال (تجنب المدرسة)، أو الفوبيا الإجتماعية (تجنب المواقف الإجتماعية خشية التعرض للحرج)، أو اضطراب الهلع المصحوب بالإجورافوبيا أو الأجوروفوبيا غير المصحوبة باضطراب الهلع.

و ـ حدد نوع الفوبيا: ـ

- فوبيا الحيوانات.
- فوبيا مثيرات البيئة الطبيعية: كالخوف من الأماكن المرتفعة، أو العواصف، أو الرعد، أو المياه.
- فوبيا الدم والحقن و الإصابات.
- فوبيا المواقف (الطائرات، المصاعد، الأماكن المغلقة).
- أنواع أخرى: التجنب الرهابي للمواقف التي قد تؤدي إلى الإختناق أو القيء أو العدوى، وفي الأطفال تجنب الأصوات المرتفعة، والأشخاص الذين يرتدون ملابس تنكرية. (DSM, IV, 1994)

تفسيرات أسباب الرهاب:

تتعدد التفسيرات التى قدمت لأسباب اضطراب الرهاب ومن هذه التفسيرات:

أولا: التفسيرات الفسيولوجية:

حيث أجريت العديد من الدراسات بهدف الوقوف على أي أسباب وراثية أو عوامل جينية تكمن خلف إمكانية الإصابة بهذا الاضطراب.

- حيث أجريت دراسات عديدة على التوائم ووجدت أن العوامل الوراثية تبدو ذات أثر في نقل اضطرابات الحصر وخاصةً الاضطرابات التى تتضمن نوبات الفزع، وما يرافقها من أعراض أخرى أهمها التجنب. (Kendler. et. Alm 1992)
- دراسات أجريت بهدف معرفة نسب تأثير وتأثر العوامل الجينية في إحداث اضطراب الحصر العام؛ إلا أن النتائج هنا قد تضاربت.

- في دراسات أخرى قامت على أساس معرفة نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية في أسر محددة، وتبين أن أسباب بعض صور المخاوف والإكتئاب قد تكون مرتبطة، وان أسر معينة يشيع فيها الإصابة بالاضطراب بدليل وجود العديد من التاريخ المرضي لأقارب من الدرجة الأولى للمرضى الذين لديهم معدلات متزايدة من الإكتئاب واضطرابات الهلع والقلق، وإدمان الكحوليات إلى حد ملحوظ بالقارنة بأقارب الأسوياء وأقارب بمرض الإكتئاب بدون حصر. (WeissMan, 1985)

ثانيًا: التفسيرات النفسية:

أ ـ تفسير مدرسة التحليل النفسي:

وينهض التفسير على أساس ان الفرد يعاني صراعًا عصبيًا بين نوازعه وغرائزه من ناحية، ومثله ومعايير المجتمع من ناحية ثانية. وبما أن الفرد عاجز عن مواجهة هذا الصراع الشديد داخله، وغير قادر على فضه ويخاف؛ فإن يسقط هذا الخوف الداخلي على موضوع خارجي من خلال ميكانيزم الإزاحة أو النقل.ولعل أشد الحالات التى عالجها فرويد هي حالة الطفل هانز الصغير، وكيف أنه كان يخاف من الحصان؛ (مما أدى إلى) تجنبه الخروج إلى الشارع، وقد كشف فرويد أن الحصان ما هو إلا بديل للأب.

ولا شك أن ذلك ـ كمايقول إيدلبرج ـ فقد حقق الفوائد الآتية: ـ

١ ـ بإزاحة رغباته إلى الحصان؛ فقد نجح هانز الصغير في أن يتخلص من الشعور بالخوف من التواجد في المنزل.

٢ ـ أن الخوف من الحصان إنما يرجع إلى كراهية من الأب منشؤها طرد الأب لهانز من الفراش.

٣ ـ العجز عن تدمير الأب والنوم مع أمه، والعجز عن التخلي عن هذه الرغبات، وكان على هانز أن يكبتها.

٤ ـ نتيجة لهذا الكبت؛ فإن المحفزات الممنوعة بقيت نشيطة في اللاشعور، حيث تظل تحت السيطر بواسطة الخوف، وبالإسقاط حيث تغيرت من "إنى أكره أبى إلى أبى يكرهني".

٥ ـ إن كل ما سبق قد نجح في أن يجعل الطفل الصغير هانز يتعايش مع الأب. (رأفت عسكر، ١٩٩٠، ٣٢ ـ ٣٥)

ب ـ تفسير المدرسة السلوكية للمخاوف:

ويعتمد تفسير الاضطراب الرهابي على ميكانزم التشريط. فالرهاب قد مر في الماضي، أو غالبًا ما يكون في مرحلة الطفولة بموقف تعرض فيه الفرد لخوف شديد، ثم نسي هذا الموقف، ولكن ظل الإرتباط قائمًا بين هذا الموضوع وخبرة الخوف المؤلمة؛ ولذلك فإن المخاوف وخاصةً حين نقرنها بخبرات سارة تحل محل الخبرات المؤلمة. ولعل تجربة (واطسون) الشهيرة، وكيفية إكسابه للطفل الصغير (ألبورت) المخاوف من القطط، ثم تعميم لهذه المخاوف وخشيته من أى حيوان ذات فراء خير نموذج على ذلك.(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣)

٣ـ المرأة واضطراب الهلع Panic Disorder:

اضطرابات الهلع أحد اضطرابات القلق، وغالبًا ما يصاحبه خوف من الأماكن المرتفعة (أو لا يصاحبه).

وبائيات اضطراب الهلع:

- أوضحت العديد من البحوث أن حوالي من ١٠٪ ـ ١٢ ٪ من الجمهور العام قد تعرضوا لخبرة الهلع من خلال نوبة واحدة على الأقل خلال العام الماضي (أو الإثني عشر شهرًا السابقة).
- اوضحت دراسات أخرى أن ما بين ٢٪ ـ ٥٪ من الجمهور العام قد إنطبقت عليهم محكات نوبات الهلع المصحوبة برهاب الأماكن المفتوحة.

- يضاف إلى ذلك أن نوبات الهلع قد تظهر في أنواع أخرى من الاضطرابات مثل: اضطرابات القلق (بأنواعها وتصنيفاتها المختلفة)، واضطرابات المزاج (بتضنيفاتها المتعددة).
- كما أن الهلع قد يرافق اضطراب رهاب الأماكن المفتوحة أو لا يرافقها، ولكل منها محكاتها الخاصة بها.(Mayers.et.al,1984)
- وما سبق قد اكدته دراسة أحمد عكاشة وإن إختلفت نسبة الإصابة به؛ إذ وصلت حوالي ١٥ ــ ٢٠٪، وقد ترتفع النسبة لتصل إلى ٥٠٪ من المرضى المترددين على أطباء القلب (أو تخصصات أخرى).(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٢٦ ـ ١٢٧)

تعريف اضطراب الهلع:

وهي عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض جسمية ومرضية حسبما يعرف، وفق محكات نوبات الهلع في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية. وأن نوبات الهلع متقطعة ويرجع السبب في ذلك لكونها مفاجئة وغير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجي في نشاط القلق، كما أن النوبات المتقطعة في محكات التشخيص، وهو يشير إلى ظهور الهلع في أوقات وأماكن غير متوقعة، كما أن نوبات الهلع ترتبط بالهروب والإلحاح به مع ما يرافق ذلك من إمكانية رصد للعديد من العلامات والأعراض سواء أكانت جسمية أم نفسية. (مايكل كراسك، ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، ٤ ــ ٥).

محكات تشخيص نوبات الهلع وفقاً للدليل الرابع:

نوبات الهلع:

فترة غير متصلة من الخوف الشديد أو عدم الراحة تحدث فيها على الأقل أربعة من الأعراض المفاجئة الآتية، وخلال نوبة فزع واحدة على الأقل، وتصل إلى قوتها في خلال عشر دقائق، والأعراض هي: ـ

١ ـ زيادة في ضربات معدل دقات القلب.

٢ ـ غزارة في الفرق.

٣ ـ إرتقاء أو إرتعاش.

٤ ـ إحساس بضيق في التنفس أو إنقطاعه.

٥ ـ شعور بالصدمة.

٦ ـ ألم في الصدر أو عدم راحة.

٧ ـ قيء أو آلام في البطن.

٨ ـ الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الإغماء.

٩ ـ عدم الواقعية أو الإنفصال عن الواقع.

١٠ ـ الخوف من فقدان التحكم في النفس؛ مما قد يؤدي إلى إمكانية الإصابة بالجنون.

١١ ـ الخوف من الموت.

١٢ ـ الإحساس بالحذر أو الوخز في أماكن متعددة من الجسم.

١٣ ـ الإحساس بالقشعريرة أو إندفاع الدم الحار. (DSM,IV, 1994)

تصنيف اضطرابات الهلع:

تغير تعريف الدليل التشخيصي الرابع لاضطرابات الهلع، أو اضطراب الهلع المصحوب بخواف الأماكن المفتوحة بطرق مختلفة عن تعريفات الطبعة الثالثة المراجعة (DSM IIIR 1987) في:

أولا: إستبعد تحديد عدد معين من نوبات الهلع، وتم التأكيد على خاصية كونه غير متوقع.

ثانيًا: أصبحت الأعراض المرضية التي تمثل النوبة أو نتائجها جزء من التعريف، وأحيانًا ما يكون لدى بعض الأشخاص خوف من أماكن مفتوحة

تقليدية دون أن يجدوا خبرة هلع فعلية (مايك كراسك، ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، ص٩). ولذا فإن الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يحدد نوعين من اضطرابات الهلع (مصحوب أو غير مصحوب) بالأجورافوبيا.

أولا: معايير الدليل التشخيصي الرابع الخاصة باضطراب الهلع غير المصحوبة بالأجورافوبيا:

أ ـ توافر العرضين (١)، (٢).

١ ـ نوبات هلع متكررة وغير متوقعة.

٢ ـ أن يظهر عرض واحد أو كثر من الأعراض التالية بعد إنقضاء شهر واحد أو أكثر من ظهور نوبة هلع واحدة على الأقل.

ب ـ تخوف مستمر من الإصابة بنوبة أخرى.

ج ـ إنشغال مستمر بشأن ما قد تعنية التوبة أو بعواقبها مثل: فقدان السيطرة على النفس، الإصابة بنوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون.

د ـ تغير ملحوظ في السلوك نتيجة النوبادن.

هـ ـ عدم وجود أعراض وعلامات الأجروافوبيا.

و ـ ألا تكون نوبات الهلع ناتجة من الآثار الفسيولوجية المباشر لتعاطي (دواء أو مادة مخدرة)، أو مرض جسمي (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).

ز ـ ألا تنطبق على أعراض نوبات الهلع معايير خاصة باضطراب نفسي آخر، مثل الفوبيا الإجتماعية (أي لا تحدث نتيجة لمواقف إجتماعية يخشاها الفرد)، أو الفوبيا النوعية (أي موقف محدد يسبب الفوبيا)، أو الوسواس القهري (مثل التعرض للقاذورات في شخص لديه وسواس التلوث)، أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمة (مثل التعرض لمثيرات ترتبط بمعامل صادم وضاغط شديد)، أو اضطراب قلق الإنفصال (أي نتيجة إبعاد الشخص عن منزله أو أقاربه المقربين). (DSM IV, 1994)

ثانيا: معايير تشخيص اضطراب الهلع المصحوب بالأجورافوبيا:

أ ـ لا بد من توافر المعيارين (١)، (٢) على حد سواء:

١ ـ نوبات هلع متكررة تظهر بصورة غير متوقعة.

٢ ـ أن يتبع عرض واحد أو أكثر من الأعراض التالية نوبة واحدة من النوبات السابقة على الأقل خلال شهر واحد أو أكثر.

ب ـ خوف مستمر من التعرض للمزيد من نوبات الهلع.

ج ـ إنشغال البال بما قد تعنيه النوبة أو بعواقبها (مثل فقدان السيطرة على النفس، أو الإصابة بأزمة قلبية، أو الإصاب بالجنون).

د ـ تغير السلوك بصورة ملحوظة بعد النوبة.

هـ ـ وجود أعراض الأجورافوبيا.

ز ـ ألا تكون نوبات الهلع كنتيجة مباشرة لتعاطي مادة (دواء أو مادة مخدرة)، أو مرض جسمي (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).

أسباب اضطراب الهلع:

تتعدد الأسباب ما بين من يؤيد دور الوراثة والجينات الوراثية في إكتساب (التهيؤ) لإمكانية الإصابة بهذا الاضطراب مستقبلا مدللين على وجود حالات اضطراب (مختلفة) في أسر المرضى وبين أقاربهم من الدرجة الأولى.

في حين تذهب بعض الإتجاهات الأخرى إلى ضرورة أخذ العوامل النفسية والإجتماعية والضغوط التى يتعرض لها الفرد في الإعتبار ، وما إذا كانت في إستطاعتة مواجهتها أم لا.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

٤ـ المرأة واضطراب الوسواس القهري Obsessive Compulsive Disorder

وهو أحد اضطرابات القلق.

وبائيات الوسواس القهري:

تتعدد وتتباين وبائيات الوسواس القهري من مجتمع إلى آخر، وسوف نذكر في عجالة بعضًا من هذه الوبائيات.

- إن هذا الوسواس شائع على نطاق المجتمع وقد يصل إلى ٣٪ لدى مجموع السكان، وذلك لأن ظاهرة الوسواس القهري شديدة الوضوح للدرجة التى يسهل معها وصفها والتعرف عليها بشكل جيد. (ب.، سيلفا، ٢٠٠٠، ص ٥٩).
- وأشارت نتائج أخرى أن مرض الوسواس القهري يظهر في أكثر من ٩٠٪ من مرضى الوسواس القهري تظهر لديهم وساوس ودفعات قهرية وسلوكية، أو عند إضافة الدفعات القهرية الفعلية إليها ذكر ٢٪ فقط من العينة وجود وساوس فقط دون دفعات قهرية. (دايفيد س.رجز، إدنافو، ٢٠٠٢، ص١٤٩)
- في حين يرى البعض ضرورة التفرقة ما بين معدلات إنتشار اضطراب الوسواس القهري في الجمهور العام Population، وفي المرضى الذين يحققون المحكات التشخيصية للاضطراب من بين مرضى الطبيب النفسي بوجه عام.
- وبينت نسبة الحدوث أنها لا تزيد على (٠,٥٪)، وأنه لا يزيد على ١٪ من جمهور المرضى في مجال الطب النفسي سواء أكان ذلك في العيادات الخارجية، أم المرضى داخل المستشفى، وما لا يزيد على ٤٪ من كل المجموعات الرهابية.
- كما كشفت بعض الدراسات أن معدل إنتشار الوسواس القهري يصل إلى ٢.٥٪ طوال الحياة، وإتضح أن ترتيبه الرابع بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا.
- في حين قدرت معدلات إنتشاره في بعض الدراسات بنسبة ٢٪ و ٣٪ طوال الحياة بين السكان؛ إلا أن هذه الأرقام تشير إلى الأعراض دون الوصول إلى المحكات التشخيصية.

- وفي دراسة مسحية شاملة بين معدل إنتشاره قدر بنسبة ٢,٦٪ ، وأن نسبة تتراوح بين ١٠٪ و ١٥٪ من طلاب الجامعة الأسوياء يقومون بسلوك (التكرار)، وأن هذا السلوك يكفي لإدراجهم ضمن المضطربين باضطراب الوسواس القهري.
- وفي إحصاء قومي أجرى في الولايات المتحدة الأمريكية إتضح أن اضطراب الوسواس القهري أكثر إنتشارًا بمقدار ٥٠ إلى ١٠ مرة كان يعتقد سابقًا ، وأن إنتشار إنتشاره مدة ستة أشهر يصل إلى ١٦٪، وإنتشاره طوال الحياة (٢,٥٪)، وأن معدل إنتشار اضطراب الوسواس القهري صعف معدل إنتشار الهلع والفصام.
- كما كشفت دراسة مسحية أجريت في كندا وتناولت ٣,٢٥٨ فردًا ، وجد أن معدل اضطراب الوسواس القهري طوال الحياة يصل إلى ٣٪.
- وفي دراسة مسحية تناولت خمسة آلاف طالب وطالبة من طلاب الجامعة؛ إتضح أن (١١٤) منهم (٨٪) لهم درجات أعلى من المعدل (السوي)، وحين تمت مناظرة هؤلاء الطلاب (ن-١١٤) مع مجموعة من الطباء النفسيين؛ ظهر أن ١٥ طالب (٣,٪) من الخمسة آلاف طالب قد حققوا المحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري وفقًا للدليل التشخيصي الإحصائي المراجع DSM III R.
- وفي دراسة قام بها المعهد القومي للصحة النفسية شملت خمسة ولايات في أمريكا ، وتناولت أكثر من ١٨,٠٠٠ شخص تمت مقابلتهم في منازلهم؛ وجد أن نسبة إنتشار اضطراب الوسواس القهري قد تقع ما بين ١,٩٪ و ٣,٣٪ في المجتمعات الخمس، ويعد معدل يفوق التقديرات السابقة بمقدار ٢٥ إلى ٤٠٪.
- وفي دراسة أخرى وجد أن مابين ٦,٤ ملايين نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يعانون من هذا الاضطراب.

- ووجد الدليل التشيصي والإحصائي الرابع DSM IV, 1994، وإعتمادًا على نتائج العديد من الدراسات المسحية الوبائية بأن ٢,٥٪ يعانون من اضطراب الوسواس القهري طوال الحياة، أما معدلات حدوثه في عام واحد فقط تتراوح ما بين ١,٥٪ و ٢,١٪.(أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص ص ١٤٠ - ١٤٣)، (DSM IV, 1994)، (Kyvios,et al., 1994)
- وهي أرقام تقترب مما ذكره أحمد عكاشة؛ فقد وجد في أبحاثه أن نسبة اضطراب الوسواس القهري بين المترددين على عيادات الطب النفسي بمستشفى جامعة عين شمس حوالي ٢,٦٪، وهو يمثل حوالي ٤٪ من مجموع الاضطرابات العصابية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص١٣٦)
- وفي دراسات أخرى لأحمد عكاشة وزملاؤه وجد التي: ـ

أولا: نسبة الإجترار اوسواسي في نسبة ٥١٪ من الحالات.

ثانيًا: المخاوف الوسواسية في نسبة ٤٨٪ من الحالات.(من خلال وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ص ٢٤ ـ ٤٠)

- في حين رصدت بعض الدراسات أن أهم الأعراض التي تظهر لدى العينة المصرية التي تتردد على أحدى العيادات النفسية (من المصريين والأجانب)، وان هذه الأعراض تأخذ الأشكال الآتية (مرتبة ترتيبًا تنازليً ،وإن كان الباحث لم يحدد نسبة كل عرض):

١ ـ أفكار تسلطية دينية ومنها الإجترار الذي يتصل بالأسئلة التي لا يمكن الإجابة عنها عن الذات الإلهية والمقدسات عمومًا.

٢ ـ أفكار تسلطية تتعلق بالتلوث.

٣ ـ أفكار تسلطية جنسية.

٤ ـ أفكار تسلطية تتعلق بالمرض والعدوى.

٥ ـ أفكار تسلطية تتعلق بالإنضباط والإلتزام والترتيب.

٦ ـ أفكار تسلطية عدوانية. (من خلال وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ص ٢٤)

ونظن أن كثرة الدراسات الوبائية حول إنتشار هذا الاضطراب تعكس الآتي:

أ ـ الإهتمام المتزايد من قبل الباحثين بهذا الاضطراب.

ب ـ وجود العديد من مظاهر هذا الاضطراب بصورة كامنة لدى الجمهور العام (أي الذي لم يتقدم للشكوى من هذا الاضطراب أو غيره في العيادات النفسية).

ج ـ أن الكثير من الجمهور العام إذا تم فحصه جيدًا؛ فإنه يكشف عن إمكانية أن تنطبق عليه معايير تشخيص هذا الاضطراب.

د ـ أن هذا الاضطراب منتشر أكثر مما قد عكسته الأرقام السابقة.

هـ ـ ضرورة الأخذ في الإعتبار أن هذا الاضطراب قد (يتوارى) ويختفي خلف أحد الأعراض الأخرى.

و ـ أنه ليس من المتوقع أن الشخص حين (يخبر) في نفسه بعضًا من أعراض هذا المرض؛ فإنه يتقدم من تلقاء نفسه (ومبكرًا) لتلقي العلاج.

تعريف الوسواس القهري:

الوسواس القهري عبارة عن اضطراب عصابي يتميز بالآتي:

١ ـ وجود وساوس في هيئة أفكار أو إندفاعات أو مخاوف.

٢ ـ وجود (أعراض) قهرية في هيئة طقوس حركية مستمرة أو دورية.

٣ ـ يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس أو لامعقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الإهتمام.

٤ ـ محاولة المريض المستمر لمقاومة هذه الوساوس أو عدم الإستسلام، ولكن مع طول مدة المرض قد تضعف درجة المقاومة.

٥ ـ إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس أو قوتها القهرية عليه؛ مما يترتب عليه شلله الإجتماعية وآلام نفسية وعقلية شديدة.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٣٦ ـ ١٣٧)

استطراد حول تعريف الوسواس القهري:

مر تعريف الوسواس القهري في الدليل التشخيصي بعدة محطات نجملها فيما يلي: ـ

- تم تعريف الوسواس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول (DSM I, 1952) والثاني (DSM II, 1968) بأنه زملة أعراض قصيرة وغير محددة.
- وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DSM III, 1980)، والثالث المراجع (DSM III R, 1987) تم تحديد محكات معينة لاضطراب الوسواس القهري، حيث تم التفرقة ما بين الأفكار والأفعال أو الدفعات القهرية، وإن الدليل الثالث المراجع قد عكس ثلاث وجهات نظر تقليدية لاضطراب الوسواس القهري وهي:

١ ـ الوساوس أحداث عقلية والدفعات أحداث سلوكية.

٢ ـ قد تحدث لوساوس والدفعات القهرية معًا أو منفصلة عن بعضها البعض.

٣ ـ يدرك الأفراد دائمًا دائمًا أن أفكارهم الوسواسية ودفعاتهم القهرية ليس لها معنى.

- وقد ثارت العديد من المناقشات والدراسات والأبحاث حول الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري، وما إذا كانوا (هم) يدركون أن أفكارهم التي تسيطر عليهم لا معنى أو بدون معنى.
- أدت الدراسات والمناقشات السابقة إلى حدوث العديد من التعديلات المقترحة في الدليل التشخيصي الرابع (DSM IV, 1994) خاصة مسألة إقتناع الشخص بأن أفعالع التي يقوم بها ليس لها معنى، وأنه عند نقطة معينة يدرك الشخص (لا معقولية أفكاره) و (لا معقولية ما يقوم به من أفعال).

(دايفيد رجز، إدنافوا، ٢٠٠٢، ٤٧٢ ـ ٤٧٦)

معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري: (وفقًا للدليل التشخيصي الرابع)

يصف الدليل اضطراب الوسواس القهري من خلال تضمنه الخصائص الآتية: ـ

١ ـ الخصائص الجوهرية فيه هي التواتر المستمر للوساوس والأفعال القهرية ولتشخيصه يجب أن يكون لدي الشخص إما وساوس أو أفعال قهرية.

٢ ـ أن تكون هناك وساوس متكررة بشكل مستمر وأفكار لا يمكن مقاومتها وصور ذهنية ودفعات تقحمهم رغمًا عن الشخص الشعور (رغم أنها تبدو بغيضة وغير معقولة إلا أن الشخص يدرك أنه لا إرادة له في إستدعاء مثل هذه الأفكار).

٣ ـ تبدو الأفعال القهرية متكررة وفي شكل سلوك هادف، وتمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وهي تظهر بل ويضطر الفرد إلى ممارستها نتيجة إحساسه بالقهر وبالرغبة في المقاومة، وهذا السلوك غير المقصود في حد ذاته ولكنه يهدف إلى إنتاج بعض المواقف أو منع حدوثها.

٤ ـ تسبب الوساوس والإفعال القهرية عجزًا في أداء الشخص، كما تؤدي إلى شعوره بالآسى على النفس.

٥ ـ أن لا تكون الوساوس والأفعال ناتجة عن أي اضطرابات أخرى (مثل الإصابة بالفصام)، أو أي اضطرابات عضوية أو وجدانية كبرى.

(DSM IV, 1994)

<u>الوساوس:</u> الوساوس عبارة عن أفكار مقتحمة وغير مرغوبة، وصور ذهنية ودفعات أو مزيج منها.

وتتحدد الوساوس وفقًا للمحكات الأربعة الآتية:

١ ـ أفكار أو دفعات أو صور ذهنية متخيلة، تتكرر وتعاود الفرد رغمًا عنه، وتستمر في ذلك، يجدها الفرد ويمر بها في مرحلة معينة من مراحل اضطرابه على أنها (مقتحمة) لعقله بالرغم من أنها غير عقلانية، فضلا عن أنه يتسبب عنها فردي من القلق والضيق والكرب الذي يتبدى على ملامح الفرد.

٢ ـ لا تعد الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية إنزعاجًا زائدًا من مشكلات الحياه اليومية (الجارية).

٣ ـ يحاول الفرد أن يتجاهل أو (ينسي) مثل هذه الأفكار أو الدفعات أو الصور الذهنية؛ إلا أنه يفشل (بالرغم من أنه يحاول أن يعادلها أو يقرنها ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى حتى لا تكون في صورتها الواضحة؛ إلا أنه يفشل أيضًا في ذلك).

٤ ـ يصل الفرد إلى يقين بأن الأفكار الوسواسية والدفعات والصور الذهنية نتاج لفعله الشخصي هو (وليست مفروضة عليه من قبل جهات أو مؤسسات وجودة في الخارج، وهذا يفرق بوضوح ما بين اضطراب الوسواس القهري واضطراب الهذاءات والضلالات في مرض الفصام مثلا).

الأفعال القهرية:

وتتم الأفعال القهرية بالتكرار وتبدو في صورة سلوك عرضي وهى تمارس، أو تصاحب بإحساس ذاتي بالقهر، ويقاومها الشخص عمومًا، وهي تمارس وفق قواعد معينة أو بطريقة نمطية، وعلى الرغم من مقاومتها؛ فإن هذه الأشكال السلوكية تمارس بشكل نشط من جانب الشخص.كما يعد (السلوك الطقسي) من الأفعال القهرية والشائعة، وهو يتضمن المراجعة والأغتسال والنظافة، وتتضمن أنماط السلوك القهري الأخرى القيام بأعمال متعددة بتتابع شديد التصلب.(ب.دي. سيلفا، ٢٠٠٠، ص٦٠ ـ ٦١)

<u>ويمكن تشخيص الأفعال القهرية وفقًا للمحكات الآتية:</u>

١ ـ السلوك المتكرر (مثل: غسل اليدين، الترتيب، المراجعة)، أو الأفعال العقلية (مثل: العد، تكرار الكلمات بشكل صامت) التي يشعر الفرد بأنه مجبر على القيام بها إستجابة لوسواس أو تبعًا لقواعد يتعين إتباعها بالنص (أو وفقًا للمصطلح الشائع: كما أنزلت).

٢ ـ يهدف السلوك أو الأفعال العقلية إلى منع حالة الضيق أو الكرب في محاولة للتقليل منها، أو إلى منع حادث أو موقف صادم، ومع ذلك فإن هذا السلوك؛ إما أنه غير مترابط (مع غيره من السلوكيات الأخرى، وإما أنها زائدة بشكل مفرط).

٣ ـ يسلم الفرد في مرحلة معينة من مراحل الاضطراب بأن الأفعال التي يقوم بها بالغة التعقيد وغير معقولة أو انه (يفرط) فيها.
ملحوظة: هذا المعيار لا ينطبق على الأطفال.

٤ ـ إن الأفعال القهرية(مثلها بالظبط مثل الوساوس) تسبب ضيقًا للفرد لأنها: تستهلك طاقة ومجهود الشخص، وتستهلك وقتًا طويلا، تؤثر كثيرًا في الروتين اليومي للشخص، تؤثر في ممارسة الشخص للعديد من أنشطته الذاتية أو الإجتماعية في علاقاته مع الآخرين.

٥ ـ لا يعد الاضطراب ناتجًا من تأثيرات فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة معينة (إساءة إستخدام المواد المخدرة، أو يكون الشخص واقعًا تحت تأثير تناوله لبعض العقاقير النفسية)، أو نتيجة لحالة طبية عامة.

(DSM IV, 1994)

أهم الملامح الرئيسية للمضطربين باضطراب الوسواس القهري:

رصدت العديد من الدراسات أهم ملامح المضطربين بالوسواس القهري في السمات أو الملامح الآتية:

١ ـ **التجنب:** ويقصد به أن الكثير من المضطربين باضطراب الوسواس القهري غالبًا ما يأخذ سلوكهم سلوك التجنب المعروف في حالات الفوبيا، كما يتعلق أيضًا التجنب بالمنبهات، أو القيام بالسلوك الذي يتضمن إمكانية إطلاق الوساوس أو الأفعال القهرية.

٢ ـ **الخوف من الكوارث:** إذ يذكر معظم الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري خشيتهم من إمكانية التعرض لكوارث سوف تحدث إذا هم أهملوا القيام بسلوكهم القهري. مثال: غسل اليد بطريقة قهرية لمنع وقوع حادثة ما.

٣ ـ **المقاومة:** إعتبرت مقاومة الوساوس والأفعال القهرية خاصةً محورية في عصاب الوسواس القهري، وإذا كان بعض الأشخاص (يحاولون المقاومة ويستمرون فيها)؛ فإن البعض الآخر من المرضى يعتقدون بأنه لا توجد لديهم من الأساس مقاومة قوية، ويبدو الأمر وكأنهم قد توقعوا عن المقاومة واستسلموا تمامًا للواقع.

٤ ـ **السعي للحصول على تأكيدات:** يلجأ كثير من مرضى الوساوس القهرية للسعي الدائم للحصول على تأكيدات من أفراد الأسرة (التأكد من إغلاق صنابير المياه مثلا)، وعندما يحصل المريض على التأكيدات التي يطلبها (من الآخرين أو يقوم هو بها) يشعر بالتحسن؛ إلا أنه بعد فترة يتكرر طلب التأكيدات.

٥ ـ **المقاطعة:** عندما ينخرط مرضى الوسواس القهري في سلوكهم القهري؛ فإنهم يشعرون بالحاجة إلى القيام به بمنتهى الدقة وبدون مقاطعة، وإذا حدثت المقاطعة (أي حدث ما يجعله يتوقف عن القيام بسلوكه القهري)؛ فإنه يبدأ من جديد.

٦ ـ **تأمل الأفكار:** يعد تأمل الأفكار أحد المظاهر الأساسية المميزة لاضطراب الوسواس القهري، إذ يظل الشخص في حالة (طرح) أسئلة على نفسه و(طرح) إحتمالات و(إنشغال دائم ومستمر) بالتفكير في موضوع فلسفية مثل: هل هناك حياة بعد الموت؟وغيرها من هذه التساؤلات.(ب. دي. سلفيا، ٢٠٠٠، ٦٣ ـ ٦٥)

علاقة اضطراب الوسواس القهري بغيره من الاضطرابات:

الحقيقة التي يجب أن نذكرها هنا أن اضطراب الوسواس القهري قد (يتمادى) أو (يتداخل) مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى. ولذا سوف نذكر في عجالة سريعة بعض الاضطرابات النفسية والفعلية والإنحرافات السلوكية التي قد يتداخل معها اضطراب الوسواس القهري.

أولا: التداخل التشخيصي مع اضطراب الإكتئاب:

في كثير من الحالات يجد الطبيب النفسي أعراض الوسواس القهري مع اضطراب الإكتئاب الجسيم، ولكن أعراض اضطراب منهما تكون الغالبة على الصورة المرضية و هي سبب شكو المريض الأولية. ولذا يكون هناك ثلاثة خيارات تشخيصية على الأقل هي:

١ ـ إن اضطراب الإكتئاب الجسيم يمكن أن يشتمل على أفكار وسواسية أو أفعال قهرية كجزء من أعراض اضطراب الإكتئاب نفسه.

٢ ـ إن اضطراب الوسواس القهري يمكن أن يشتمل على أعراض إكتئاب كجزء من أعراض الوسواس القهري نفسه.

٣ ـ إن الاضطرابين يمكن أن يكونا موجودين معًا في المريض نفسه في الوقت نفسه. وأن الكثير من الدراسات قد أشارت إلى هذا التداخل.

(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ١٥٢ ـ ١٥٣)

(Karno.et. al., 1988)

ثانيًا: التداخل التشخيصي مع حالات اضطراب توهم المرض

وجدت العديد من الدراسات والملاحظات حدوث تداخل بين تشخيص اضطراب الوسواس القهري واضطراب توهم المرض Hypochondriacal Disorder . وذلك من خلال توهم المريض أنه يعاني من بعض العلل البدنية من خلال (تسلط) فكرة اساسية عليه خلاصتها أنه يعاني من مرض (بدني) حطير، وغالبًا ما تبدأ الحالة عقب قراءة أو سماع الشخص لبعض الأمراض.

(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ص١٧٤)

ثالثًا: التداخل التشخيصي مع أمراض المخ العضوية:

والأمراض العضوية للمخ قد تشمل العديد من الاضطرابات التي تعكس العديد من حالات (الشذوذ) في المخ، ويطلق عليها الأن إسم: ا لاضطرابات المعرفية Cognitive Disorder على أساس أن كل الأمراض النفسية حسب الفهم

الحالي للأمور في أمراض المخ العضوي. فمثلا في حالات مرض الشلل الرعاش أو باركينسون Parkinson's Disease، وكذلك بعض حالات ما بعد إلتهاب المخ الفيروسي Post encephalitic، وبعض حالات الصرع وغيرها من الحالات قد يعاني المريض طقوسًا قهرية إلا أنه مع الفحص الدقيق يمكن (التفرقة والفصل) ما بين هذه الاضطرابات العضوية واضطراب الوسواس القهري من عدة وجوه.(وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ٢٨١ ـ ٢٨٣)

رابعًا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات الطعام:

خاصة مرض الشره العصابي للطعام، أو مرض فقدان الشهية للطعام حيث نجد الملمح الأساسي في كلا الاضطرابين من إضطريات الطعام، ووجود ما يمكن أن نسميه (الإنشغال الوسواسي القهري بالنحافة) أو (الإنشغال الوسواسي القهري بالطعام وتناوله)، ثم (الإنشغال بكم السعرات الحرارية)، ثم الرغبة (في القيام بفعل التقيؤ) حتي لا يصل (الوزن) إلى الدرجة التي لا يرغبها الفرد. ويجب في كل الأحوال التفرقة ما بين اضطراب الطعام، واضطراب الوسواس القهري.(منظمة الصحة العالمية، ١٩٩٩، ١٨٧ ـ ١٩٢)

خامسًا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات اللوازم الحركية:

اضطراب اللوازم لا شك أنه يتصف بوجود العديد من اللوازم سواء أكانت حركية أو صوتية، مع الأخذ في الإعتبار أن هذه (اللوازم) تميل إلى (التكرار) و (الإلزام والقهر)، ولذا غالبًا ما نجد تداخلا ما بين هذه (اللوازم) وبين العديد من الأفكار والأفعال القهرية بيد أن (الفحص الدقيق) يكشف عن التفرقة بين كلا النوعين من الاضطراب.(وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ٢٨٥ ـ ٢٨٧)

سادسًا: التداخل التشخيصي مع رهاب التشوه:

مريض اضطراب التشوه الجسدي Body Dysmorphic Disorder فإن المريض هنا يعاني من فكرة تسلطية أو وسواسية خلاصتها أنه يعاني من تشوه

في منطقة معينة من مناطق جسده (وخاصة الوجه)، وقد يكون التشوه في الأنف، الشفتان، الثدي، الأرداف، وبالتالي يزور عيادة الجراح ويتكلم معه في إحساسه بأن أنفه مثلا كبير أكثر من اللازم، و معوج بشكل أو بآخر.... إلخ وقد يقوم الطبيب الجراح بإجراء الجراحة إلا أن الأمور (من الناحية النفسية) تظل (مقلقة) بالنسبة للشخص (لأن المشكلة ليست في الأنف أو الشفتان بل في إدراك الشخص لها).(وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ٢٨٧ ـ ٢٨٨)

سابعًا: التداخل التشخيصي مع اضطراب الفصام:

تم ملاحظة الكثير من الأعراض الوسواسية القهرية في الفصام، كما لوحظت الأعراض الذهانية في اضطراب الوسواس القهري، ولذا لابد أن نفرق ما بين الوساوس والضلالات Delusions.(أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص٢٤٦ ـ ٢٥٠)

ثامنًا: التداخل التشخيصي مع اضطرابات الإندفاعية:

يحدث تداخل ما بين محكات تشخيص اضطراب الوسواس القهري، واضطراب الإندفاعية والذي يأخذ العديد من اصور مثل: هوس السرقة، المقامرة المرضية، هوس نتف (أو نزع) الشعر، هوس إشعال الحرائق..... إلخ. لذا لابدمن البحث عن محكات تشخيص كل اضطراب على حده. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ص٢٤٥ ـ ٢٤٦)

كما نستطيع إيجاد تداخل تشخيص ما بين الوسواس القهري والإدمان، والاضطرابات الجنسية، وغيرها من الاضطرابات. (Foa.et.al., 1982)

أسباب الوسواس القهري:

أولا: العوامل الوراثية:

يلعب العامل الوراثي دورًا هامًا في منع نشأة الوسواس القهري، فقد وجد أن بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، كذلك الأخوة والأخوات، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية. وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرضى الوسوس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة ى حوالي ٣٠٪.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ١٣٧)

النظريات النفسية:

أ ـ نظرية التحليل النفسي:

حيث يرى فرويد أن الوسواسيين قد حدث لهم (تثبيت) Fixation على المرحلة الشرجية من التطور النفسي؛ نتيجة لصراعات بين الوالدين والطفل حول التدريب على عادات الحمام، ويحدث الصراع خلال التدريب على الحمام بين رغبة الطفل في التخلص من فضلات جمة تبعًا لإرادته، وطلب الوالدين منه أن ينظم هذه العملية المتصلة بالشرج ليوافق المستويات الحضارية في النظافة وفي التحكم في الدفعات.

وعندما يصدر عن الوالدين ضد الطفل عقاب شديد على ذلك، وعندما يكون هذا التدريب مبكرًا جدًا، أو متأخر جدًا، أو عدما يمر الطفل بخبرة هذا التدريب على أنه محبط جدًا؛ فإن ذلك يؤدي إلى اضطراب الوسواس القهري.

ب ـ النظرية التحليلية للفرويديون الجدد:

حيث تنظر لمرض الوسواس القهري على أنه نوع من الرغبات البغيضة المثيرة للإشمئزاز بشدة، والصراعات التي كبتت وتهدد أن تقتحم الشعور بما يضع الفرد في خطر الوقوع فريسة الوساوس، ويتقبل الدفاع بواسطة كل من الإزاحة والإبدال، ويمده ذلك بآلية مباشرة للراحة، وأن (تقاليد وعادات المجتمع) لها دور في ذلك. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٧٣ ـ ٢٧٨)

ج ـ النظريات السلوكية:

وينظر أصحاب المدرسة السلوكية لاضطراب الوسواس القهري على أنه سلوكاً متعلمًا، ثم دعمه عن طريق المخرجات أو النتائج التى تؤدي إليها، واحدى هذه النتائج هو خفض القلق أو الخوف، ومن ثم فإن إكتشاف ذلك ـ بالنسبة للفرد ـ يؤدي به إلى تكرار نفس السلوك.(وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ص ١٤٤)

د ـ النظريات المعرفية:

يفترض أصحاب هذه النظرية ان مرضى الوسواس القهري لديهم آلية التغذية الراجعة الهدف ممزقة Disrupted بحيث ينتج عنها مداومته على سياق وأفعال معينة، وأن هؤلاء المرضى يعانون من خلل في وظيفة المخ المتصلة بالمضاهاة/ عدم المضاهاة، وأن لديهم زيادة في إشارات الخطأ والتي لا يمكن خفضها من خلال المخارج السلوكية وتولدها عقد عصبية قاعدية، ولذا فإن مرضى الوسواس القهري حين يوجدون في موقف يحتمل أن تنجم عنه عواقب غير مرغوبة أو مؤذية؛ فإنهم يزيدون من تقدير إحتمال حدوث العواقب المضرة، وأن هذه التوقعات المرتفعة جدًا لدى الوسواسيين القهريين بحدوث العواقب غير السارة يجعلهم يزيدون من إحتمال (توقعاتهم) لحدوث نتائج سلبية لمختلف الأفعال. (أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٢، ٢٨٩ ـ ٢٩٥)

ونكتفي بهذا القدر من التفسيرات..

٥ـ المرأة واضطراب الضغوط التالية على الصدمة Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

وبائيات اضطراب الضغوط التالية على الصدمة:

تقدر العديد من ادراسات والأبحاث أن وبائيات هذا الاضطراب كالآتي: ـ

- نسبة الإنتشار تقدر بـ ١ إلى ٣٪.
- وأن نسبة الإناث للذكور ١:٢.
- وأن سن بداية الاضطراب أي سن ما في ذلك مرحلة الطفولة.

(Kaplan. & Sadock.B. 1996)

في حين أوردت دراسة أمريكية أن ٥٤٪ من عينة بلغت (٣٨٠٠) من طالبات الجامعة في ولايات متعددة قررت أنهن أصبحن ضحايا بشكل أو آخر من الجرائم الجنسية، وتحقق ١٥٪ من هذه الخبرات المحكمات القانونية التي يعدها جرائم إغتصاب.

- وفي دراسة أخرى تناولت (١٠٠٧) من الراشدين؛ وجدت أن أكثر من ثلث العينة (أى ٣٩.١٪) قد خبروا حادثًا صدميًا واحدًا على الأقل طوال حياتهم. ومن أمثلة هذه الحوادث التى قرروها: إصابة فجائية، حادثة خطيرة، إعتداء جسمي، مشاهدة موت شخص ... إلخ.
- في حين وجدت دراسة أخرى تناولت (٣٩١) إمرأة أمريكية راشدة أن أكثر من ٧٥٪ من أفراد العينة ضحايا جريمة واحدة على الأقل، وقررت الغالبية أنهن تعرضن لجرائم متعددة، وأن معدلات الحوادث الصدمية تعددت ما بين: إغتصاب كامل إلى محاولة تحرش، إلى سرقة، إلى السطو على المنزل ليلا.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ٩٦ ـ ٩٩)

مفهوم الضغوط Stress:

الضغوط أو الإنعصاب مصطلح مشتق و مستعار من علم الفيزياء، ويشير إلى إجهاد أو ضغط أو قوة تمارس ضغطها على الأجسام، والمصطلح يشير في علم النفس إلى درجة عالية ومرتفعة من الضغط تقع على كاهل الإنسان، وأن إستمرار التعرض لمثل هذه الضغوط، أو زيادة حدتها فوق طاقة الإنسان؛ تؤدي في النهاية إلى العديد من النتائج السيئة على صحة الفرد.(Mitchell & Everly, 1996,p.6)

في حين أن المرجع اخير يقرر أن مصطلح الضغوط أو الإنعصاب من الممكن أن يكون قريبًا من مصطلح الحادث الصدمي Traumatic events، وقد إشتق من ذلك ما يسمي بعلم الصدمة Traumatology وهو علم يختص بالراسية العلمية للآثار النفسية والإجتماعية المترتبة على إستمرار الضغوط (بغض النظر عن نوعها) على الفرد.

متى بدأ مصلح الضغوط التالية للصدمة في الظهور:

يحسن بنا أن نشير في عجالة إلى عدة حقائق:

١ ـ أنه قبل عام ١٩٨٠ لم يكن هذا المصطلح له وجود في الطبعتين الأولى والثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي الأول والثاني.

٢ ـ في عام ١٩٨٠ تجمع عدد من الأسباب والدلائل و الملاحظات جعلت من أعضاء رابطة الأطباء النفسيين أن تفرد تصنيفًا تشخيصيًا مستقلا يجمع بين أعراض هذا الاضطراب في فئة مستقلة.

٣ ـ أنه بالنظر في الطبعة الأولى والثانية كان يتم التعبير عن مصطلح الضغوط التالية للصدمة بمصطلحات من قبيل: رد الفعل الواضح، الاضطراب الموقفي العابر، ولكن بدون أنْ يصنف كعُصاب.

٤ ـ أما عن الأدلة التي جعلت أعضاء الرابطة يقررون تخصيص فئة تشخيصية لهذا الاضطراب (بداية من الطبعة الثالثة) فكانت عبارة عن الأدلة الآتية:

أ ـ التراث التاريخي الذي تراكم عبر القرون مشيرًا إلى زملة مرضية تالية للكوارث والحروب بصفة خاصة.

ب ـ الملاحظات التي سجلت عبر التاريخ لغير المتخصصين وأكدتها مشاهدات المتخصصين فيما بعد عن الآثار النفسية للحوادث الضاغطة.

ج ـ تجميع المسميات العديدة السابقة لهذه الظاهرة تحت إسم واحد اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

د ـ الحالات النفسية المضطربة والناتجة عن حروب كبرى حدثت في إبابة القرن العشرين، وأهمها الحرب العالمية الأولى والثانية، والحرب الكورية، وحرب فيتنام.

ر ـ دلائل الاضطراب الواضحة على الأفراد الذين خاضوا تجربة الحروب، وظهور أعراض مرضية عليهم حتى بعد مرور أكثر من عشر سنوات على إنتهاء إشتراكهم في هذه الحروب.

ز ـ إرتفاع معدلات حدوث جرائم الإغتصاب، ومعاناة الضحايا من أعراض اضطراب محددة تالية لهذه الصدمة.

و ـ إرتفاع معدلات إنتشار العنف والإنحراف في كل من المنزل والطريق.

م ـ بداية الإهتمام بدراسة الضغوط الشديدة ذات المصدر الداخلي (كالإصابة بالسرطان)، والضغوط الإجتماعية الشديدة ذات المصدر الخارجي (كفقد العائل).

ي ـ التشابه الكبير بين ردود أفعال أشخاص يمرون بحادث صدمي على الرغم من الإختلاف الشديد في نوعية هذا الحادث: الحرب، الكوارث الطبيعية، الإغتصاب، الإصابة بالسرطان.... وغيرها.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٨، ١٧٦ ـ ١٧٧)

المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعًا للدليل الرابع:-

أ ـ يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي؛ بحيث يوجد المعياران التاليان:

١ ـ أن يتعرض الشخص لحدث أو أحداث تنطوي على الموت أو على إحتمال التعرض له، أو التعرض له أو لإصابة خطيرة، أو بخطر يهدد سلامتة بدنه، أو أبدان الغير، أو ان يشاهد مثل هذه الأحداث، أو أن يواجهها.

٢ ـ أن تتسم إستجابة الشخص للحدث بالخوف الشديد والعجز والرعب.

ملحوظة: قد تتصف إستجابة الطفل للحدث بتفكك السلوك أو الفوران بدلا من المظاهر الأخر.

ب ـ أن تعاود الخبرة الصادمة الشخص بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية:

١ ـ إسترجاع متكرر للحدث يفرض نفسه بشكل مزعج، ويشمل التخيلات والأفكار والإدراك الحسي.

ملحوظة: قد يعيد الطفل الصغير عن إسترجاعه لوقائع الحدث باللعب المكرر الذي يدور حول موضوع الصدمة أو جوانبها.

٢ ـ أحلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث.

ملحوظة: يصاب الأطفال الصغار بأحلام مخيفة دون تذكرهم لمحتوياتها.

٣ ـ التصرف أو الإحساس بطريقة توحي بأن الحادث الصادم يتكرر مرة أخرى، بما في ذلك الشعور بأنه يمر الخبرة مرة أخرى، والخداعات والهلاوس، ونوبات إرتجاع الذاكرة الإنفصالي، بما في ذلك تلك التي تحدث أثناء اليقظة وفي حالات السكر أو إختلال الوعي.

٤ ـ الشعور بمعاناة نفسية شديدة عند التعرض لمؤثرات داخلية أو خارجية ترمز للحادث أو تشبه جوانب منه.

٥ ـ سرعة ظهور الإستجابات الفسيولوجية عند التعرض للمؤثرات السابقة.

ج ـ المواظبة على تجنب المؤثرات المرتبطة بالصدمة، وتبلد الإستجابات بصفة عامة (شريطة عدم وجوده قبل التعرض للصدمة)، كما يتضح من وجود ثلاثة معايير أو أكثر من المعايير التالية:

١ ـ تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالصدمة أو التحدث عنها.

٢ ـ تجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص التي تستثير ذكريات الصدمة.

٣ ـ عدم القدرة على إسترجاع جانب مهم من جوانب الصدمة.

٤ ـ تضاؤل ملحوظ في الإهتمام بأنشطة مهمة أو بالمشاركة فيها.

٥ ـ الشعور بالإنفصال عن الآخرين والإبتعاد عنهم.

٧ ـ تقلص الإنفعال (عدم القدرة على الشعور بالحب).

٨ ـ تقلص أبعاد المستقبل (مثل: عدم توقع الإتحاق بمهنة أو الزواج أو الإنجاب أو البقاء على قيد الحياة مدة معقولة).

د ـ أعراض الإثارة المستمرة، التي لم تكن موجودة قبل التعرض الصدمة، كما يتضح من توافر اثنين أو أكثر من المعايير التالية:

١ ـ صعوبة بدأ النوم والإستمرار فيه.

٢ ـ العصبية ونوبات الغضب.

٣ ـ صعوبة التركيز.

٤ ـ اليقظة المفرطة.

٥ ـ استجابة جفول زائدة.

هـ ـ أن يستمر الاضطراب (أعراض ب،ج،د) لمدة لا تزيد على شهر.

و ـ أن يسبب الاضطراب معاناة إكلينيكية ملحوظة، أو إختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية وغيرها من مجالات الأداء الأخرى المهمة.

حدد ما إذا كان الاضطراب:

حادًا: إذا كانت مدة ظهور الأعراض تقل عن ثلاثة شهور.

مزمنًا: إذا كانت مدة الأعراض ثلاثة شهور أو أكثر.

حدد ما إذا كانت: بداية الاضطراب متأخرة: أي إذا بدأت الأعراض بعد مرور ستة أشهر على الأقل على التعرض للصدمة.

محكات تشخيص اضطراب الضغوط الحاد:

أ ـ يكون الشخص قد تعرض لحادث صادم وتظهر عليه كل من الآتي: ـ

١ ـ أن يمر الفرد بخبرة صادمة أو شاهد أو واجه حدثًا تضمن الموت أو التهديد بالموت، أو الإيذاء، أو تهديد السلامة الجسمية ذاته أو الآخرين.

٢ ـ تضمن إستجابة الفرد بالفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب.

ب ـ تظهر لدى الفرد، أو أثناء وقوع الحادث الضاغط أو عقبه مباشرة، أربعة على الأقل من الأعراض الآتية: ـ

١ ـ الذهول (إلى درجة الغيبوبة عمن حوله)، ويبدو عليه أنه غير واع عما يدور حوله.

٢ ـ إدراك البيئة كما لو كانت غير واقعية.

٣ ـ إختلال الإحساس بالذات، أي كما لو كان الفرد يلاحظ نفسه من الخارج (الإنفصال عن الذات).

٤ ـ الإحساس الذاتي (كما لو كان مخدرًا)، ويظهر ذلك في غياب الإستجابة الإنفعالية، أو الشعور بالإنفصال عن الآخرين.

٥ ـ فقدان الذاكرة، أي عدم القدرة على تذكر الأحداث المرتبطة بالخبرة الضاغطة المؤلمة

ج ـ يظهر لدى الفرد، إما إثناء وقوع الحادث الضاغط الصادم، أو عقبه مباشرة ثلاثة من الأعراض الآتية (أعراض القلق أو غيره):

١ ـ خبرة مرعبة مفاجئة من الخوف أو القلق.

٢ ـ الإستثارة الإنفعالية الزائدة، وتتضمن صعوبة في التركيز، الإنتباه المفرط، الإستجابة المفاجئة والمبالغ فيها.

٣ ـ ظهور العديد من الأعراض أو العلامات الجسمية مثل: الرعشة، سرعة التنفس (النهجان)، سرعة دقات القلب المتوالية، توتر العضلات، الإرهاق، الشعور بالإجهاد والوهن.

٤ ـ أن تقتحم ذاكرته الأحداث أو الذكريات المرتبطة بها الصدمة.

٥ ـ المعناة من عرض أو أكثر من أعراض اضطرابات النوم.

٦ ـ سرعة الغضب.

٧ ـ إثارة نفسية حركية.

٨ ـ الشعور باليأس وفقدان الأمل.

٩ ـ الإنطواء الإجتماعي (أو الإنسحاب من الأنشطة الإجتماعية).

د ـ يؤدي الاضطراب إلى ضعف واضح أو ضيق، ويكشف عن نفسه في المظاهر الآتية: ـ

١ ـ يتعارض بوضوح مع الأنشطة والمهام الإجتماعية أو المرضية.

٢ ـ يعوق الفرد عن إمكانية متابعة الواجبات و المسؤوليات الضرورية مثل: الحصول على المساعدة الطبية، أو القانونية، أو حشد إمكاناته الشخصية لكي يبلغ أفراد أسرته بالخبرة الصادمة.

هـ - سيستمر الإنزعاج والتوتر على الأقل للمدة أربع أسابيع (عندما يجب القيام بعملية التشخيص و يصنف في هذه الحالة تصنيف مؤقتًا وقبل أن يحرز الفرد الشفاء التام).

و - هذا الإنزعاج لا يرجع إلى نتائج تناول الشخص لمادة (مادة مخدرة) أو أي اضطراب نفسي (تناول أدوية نفسية)، أو أي أعراض مرضية أخرى.(DSM, IV, 1994)

ملحوظة: يضيق المقام عن إستعراض محكات التشخيص الخاصة باضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل الرابع مقارنةً مع الدليلين الثالث (DSM III, 1980)، والدليل التشخيصي الثالث المراجع (DSM III R,1982) لكن نتيجة للعديد من الملاحظات والدراسات، ولكي تكون هذه الفئة قريبة مما هو مذكور في التصنيف الدولي العاشر للأمراض، والذي تصدره منظمة الصحة العالمية (ICDilo,1994)، قد تم إدخال العديد من التعديلات ظهرت في الطبعة الرابعة مثال:

- فى العبارة التي تصف العنصر الضاغط Stressor فى المحك (أ) من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل، ونصها: "خارج مدى الخبرة الإنسانية المعتادة" قد حذفت لأن صياغتها غير دقيقة، وما تثيره من (أفكار) قد لا يكون متفق عليها. وبدلا من هذا المحك السابقة فإن المحك (P _ C) في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يتطلب أن تكون إستجاب الشخص للعنصر الضاغط متضمنة بالضرورة درجة عميقة من كل من: الخوف Fear، والعجز Helplessness، أو الرعب Horror (DSM IV,1994.p.783)

وغيرها من التعديلات والتي أوردنا منها مثالا للدلالة على هذا المنظور التطوري للفئات التشخيصية، وإجراء التعديلات بها كلما أثبتت الدراسات و الملاحظات ذلك.

الاضطرابات الأخرى التي من الممكن أن تتداخل في فئة اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

أوردنا هذا الجزء لبيان أمرين:

الأول: أنه من النادر أن يوجد اضطراب الضغوط التالية للصدمة فى حالة (نقاء) أي بمفرده.

الثاني: أن الأبحاث والدراسات قد أثبتت تداخل هذا الاضطراب مع غيره من الاضطرابات الأخرى سواء أكانت نفسية أم عقلية، أم اضطرابات شخصية أم إنحرافات سلوكية.

حيث يتداخل هذا الاضطراب مع الفئات التشخيصية الآتية: ـ

أ ـ الإكتئاب الجسيم Major Depression .

ب ـ اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial .

ج ـ اضطراب الوسواس القهري.

د ـ اضطراب المخاوف المرضية.

هـ ـ اضطراب القلق العام.

و ـ الوظائف الجنسية.

ز ـ وظائف تقدير الذات.

ح ـ اضطرابات الإدمان على الكحوليات والعقاقير.

ك ـ إضطربات سوء التوافق (حيث الإندفاعية واللجوء إلى سلوك المغامرات غير محسوبة العواقب والنتائج).(Kilpatric,et.al,1987) (Daniels & Scurfield, 1994)

تفسير أسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

تعددت التفسيرات التي قدمت لأسباب اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ونستطيع حصر هذه العوامل في:

أولا: التفسيرات البيولوجية:

تحاول النماذج البيولوجية تفسير ظهور اضطراب الضغوط التالية للصدمة على مستويات مختلفة.

- فقد تم دراسة التأثيرات الفسيولوجية حين يتعرض الفرد لضغط صادم أو قوي، وتم تفسير ذلك بأن الصدمة تؤدي إلى تغيرات في نشاط الناقلات العصبية (Neurotransmitter activity)، والذي يؤدي بدوره إلى مجموعة من النتائج مثل: أعراض فقدان الذاكرة الحادة، الإستجابات الإنفعالية ذات الشدة والثورات الإنفعالية والغضب والعنف وأن مثل هذه الثورات ترتبط بالنشاط الزائد لإفراز الغدة الأدرينالية والمثيرات المرتبطة بالصدمة.
- كما درست كيمياء المخ الحيوية، والتنفس في مستوى الجهاز العصبي المركزي من الأدرينالين، وما يترتب على ذلك من إختلالات في الوظائف مثل: فقدان الشعور باللذة، والإحساس بالخدر (الذي يشبه حالة الخدر في تناول المخدرات)، وكذا الإنسحاب من الأنشطة الإجتمعية.
- وكذا دراسات التفسيرات التي تحدث في الجهاز العصبي المركزي، وأن التعرض المفاجيء، أو المستمر، أو الشديد للضغوط الصادمة تقود إلى العديد من النتائج السلبية التي قد تسبب تدمير أو تغيير المسار العصبي.
- كذلك دراسات قد تناولت أثر الصدمة على المخ، وما يترتب على ذلك من حدوث تغيرات تتجلى في التغييرات التي تحدث في وظيفة السيروتنين، والتي قد ترتبط بفقدان الشعور باللذة، و(الإنحباس) في الخبرة الصادمة والذكريات المؤلمة التي إرتبطت وتفاعلت معها.(Craskhl, 1999, p.340 _ 342)

ثانيا: التفسيرات النفسية:

تتعدد المداخل النفسية التي قدمت لتفسير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. أهم هذه النماذج ذلك النموذج التفسيري الذي قدمه كل من فو و كوزاك Foa & Kozak وهو نموذج معرفي سلوكي يتضمن عنصر المعنى Meaning فى الحادث الضاغط، ويستخدم هذا النوذج مفهوم تراكيب الخوف الذي وضعه (لانج) Lang حيث يعترض هذا النوذج السببي أن الإستجابات التي تترتب على الخبرة الصادمة تضم عناصر ثلاثة هي:

١ ـ معلومات عن موقف المثير الصدمي.

٢ ـ معلومات عن الإستجابات الفسيولوجية والمعرفية والسلوكية التي ترتبت على المثير الصدمي.

٣ ـ الرابطة (أو الإقتران الشرطي) ما بين المثير الصدمي والإستجابة المتوقع أن تصدر من الفرد.

وإفترض كل من (فو) و (كوزاك) أن مركب الخوف والذي يضم العديد من المكونات المعرفية والإنفعالية يتضمن أيضًا معنى الحادث الصدمي على أنه خطر (قد يهدد حياة الشخص أو يصيبه بأضرار لا قبل للفرد بتحملها)، كما إفترض كل من (فو) و (كوزاك) أن اضطرابات القلق (بأنواعها المختلفة) قد تغزو الفرد حين يدرك الفرد أنه يتعرض لمثير صدمي غامض أو خطر، وأن فكرة (تلاشي الإحساس بالأمان) تزيد من النتائج الضارة.(Foa et al, 1992). (أحمد عبد الخالق، ١٩٩)

وهناك نموذج آخر سببي قدمه كل من (كاروكالهون، وباتريشيا ريسك) (Kareu.c & Patricia.R) وعرضًا له بالتفصيل من خلال إستراتيجيات تجريبية متنوعة.

(كارين كالهون، باتريشيا ريسك، ٢٠٠٢، ص ص ١٥٥ ـ ٢٢٥)

٦ـ المرأة واضطرابات الهيستيريا Hysteria Disorder

أنكر الأطباء النفسيون حديثًا إصطلاح الهستيريا وعدها لفظة لا تتناسب مع طبيعة هذا المرض واستعاضوا عنها بإصطلاح التحول Conversion، والإنشقاق Dissociation، وإسم الهستيريا من أكثر وأشهر الاضطرابات شهرة حتى بين عامة الناس، أو يكون المعنى في أذهانهم مرتبطًا بالجنون والخبل والسلوك الشاذ الغريب وقد إشتهر لفظ هستيريا بعد أن تحول أخيرًا إلى إسم لفيلم قام ببطولته كل من الرائع الراحل أحمد زكي والرائعة عبلة كامل.

موجز تاريخي لتطور مفهوم الهستيريا:

وصف الأقدمون مرض الهستيريا بأوصاف وتفصيلات مذهلة.

أ - إن لفظ هستيريا أخذ من الإصطلاح الإغريقي هيسترا Hystra ومعناه الرحم. وظن أفلاطون أنه الرحم حين يتجول داخل جسم المرأة يضغط على القلب أو المعدة أو أجهزة الجسم الأخرى، ويحدث أعراضًا مختلفة. فإذا ضغط على منافذ الهواء أعاق التنفس، وإذا ضغط على المعدة أحدث مغصًا وقيء، وإذا ضغط على القلب أحدث سرعة في ضربات القلب... إلخ وهكذا تحدث كافة أعراض الهستيريا الغريبة.

ب - يبدو أن هذا المفهوم قد إنتقل إلى قدماء المصريين، وقد عثر على أهم وأقدم الأوراق الطبية التي تناقش طبيعة هذا الاضطراب إلا وهي بردية كاهون Kahun حيث وصف مرض الهستيريا تحت عنوان أمراض الرحم وأن الكثير من الاضطرابات السلوكية ترتبط بالأعضاء التناسلية. حيث ساد إعتقاد حينئذ بأن سبب هذه الأعراض هو حالة الجوع التي يعاني منها الرحم بسبب إنتقاله إلى مكان أعلى (نتيجة تجول الرحم في الجسم)، و رغم أن هذا الإعتقاد خاطئ بالطبع لأن الرحم لا يتجول في الجسم أو حتى ينتقل من مكانه <u>الا أن هذا الاضطراب تحديدًا قد التصق وارتبط بالمرأة.</u>

ج - تم ذكر أعراض الهستيريا المختلفة أيضًا في أقدم وأشهر بردية مصرية؛ ألا وهى بردية "أبرس" "Ebres" نسبة إلى العالم الألماني الذي إكتشفها ويعود تاريخها إلى القرن السادس عشر قبل الميلاد، وتتفق مع بردية كاهون في كثير من وصف الأعراض والعلاج.

د - وكان العلاج بالطبع يتم عن طريقة الكشف المرصبلي ومحاولة إرجاعه إلى مكانه من خلال تعريض هذا العضو للكثير من الروائح العطرية النفاذة، والتي تعمل على (إجبار) الرحم إلى العودة إلى مكانه وبالتالي تختفي الأعراض المرتبطة بتجول الرحم داخل الجسم.

ر ـ في العصور الوسطى إستبعد الكهنة والفلاسفة في هذا الوقت التفسير شبه العلمي لقدماء المصريين واليونان، واعتقدوا بأن سبب هذا المرض هو إحتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى، وأن الشيطان قد تملكهم.وما دام الأمر هكذا؛ فمكن هؤلاء المريضات التعسات يتعرضن لأقسى انوع القسوة والعذاب من خلال: رجمهن بالحجارة والإلتفاف حولهن في الشارع، وحلق شعر رؤوسهن وأحيانًا قتلهن (معتقدين انهم حين يقتلون المرأة أة أو الفتاة المصابة بهذا المرض؛ فإنهم حاشا للّه أن يقتلوها ولكنهم يقتلون الشيطان (السافل) الذي يسكنها وفجر فيها ويداخلها كل هذا العلامات الغريبة الشاذة؛ فإذا ماتت (من جراء التعذيب) فلا شيء يهم).

ز ـ وصفت.تسيد ينسهام (١٦٢٤ ـ ١٦٨٩) عصاب التحول والإنشقاق وصفًا دقيقًا شاملا، وهو إكتشاف عظيم في وقته، وإنه لم يضف إليه الكثير حتى الآن حيث أضاف الآتي:

١ ـ إمكانية إصابة بعض انماط من الذكور بهذا الاضطراب ولكن بتسبة أقل كثيرًا من النساء.

٢ ـ دلل على أن هذا الاضطراب قد يظهر على هيئة أعراض عضوية كاذبة مثل العمى، الشلل، فقد الكلام.... إلخ.

٣ ـ إن ما يدعى بالتحول النفسي العضوي Conversion ما هو إلا اضطراب نفسي إلا أنه يتحول إلى اضطراب عضوي.

٤ ـ من خلال الكشف الطبي والفحص نستطيع أن نتأكد مما إذا كانت هذه الأعراض (هستيريا) أم جسمية.

هـ ـ خطى عالم النفس الشهير سيجموند فرويد خطوات مثوبتة في إماطة اللثام عن هذا الاضطراب وبصورة علمية وبمعاونة بروير أبل ولهما مؤلف بنفس هذا الإسم ظهر عام ١٩٠٠؛ بعنوان دراسات في الهستيريا) حيث خلصا إلى العديد من النتائج و الملاحظات العلمية الصائبة تجاه هذا الاضطراب. ومادام التشخيص سليمًا؛ فلا شك أن ما يقدم من علاج سيكون بالطبع هكذا.

و ـ إقترح طبيب الأعصاب الفرنسي جانبيه Janet (١٨٥٩ ـ ١٩٤٧) أن المرض العضوي يحدث نتيجة إنشقاق Dissociation، وإستقلال (حزمة) من الوعي تخدم عضوًا معينًا من أعضاء الجسم عن الوعي العام؛ فيعمل العضو (اليد أو العين مثلا) مستقلا عن الوعي العام وبقية أجزاء الجسم بحيث لا يدري الوعي العام عن الوعي المنشق أو العكس.

ج- حتى بعد تطور الطب النفسي ما زالت العديد من التساؤلات يثيرها هذا الاضطراب مثلا:

١ ـ هل نستطيع الجزم بأن الهستيريا مرض نفسي مستقل عن باقي الأمراض؟

٢ ـ ما هي طبيعة الأسباب التي تؤدي إلى هذا الاضطراب وبصورة حاسمة؟

٣ ـ لماذا هذا الاضطراب تحديدًا يختص بالنساء دون غالبية الرجال؟؟

٤ ـ لماذا يظهر هذا الاضطراب بصورة أكبر في الأماكن المختلفة حضاريًا والتي ينتشر بها الجهل وربما الإيمان بالأفكار والممارسات والطقوس غير العقلانية؟

وغيرها من التساؤلات (أحمد عكاشة ١٩٩٨، رؤوف ثابت ١٩٩٣، محمد حسن غانم ٢٠٠٧)

ولكل ما سبق فإن الإتجاه فى الطب النفسي يرفض إسخدام مصطلح هستيريان ويفضل بدلا منه مصطلحي الاضطرابات الإنشقاقية والتحولية Dissociative & conversion disorders؛ إلا أننا فضلنا أن نعنون هذا الإضطراب بنفس المصطلح الذي إشتهر به.

تعريف الهستيريا:

تتعدد التعريفات التي قدمت لهذا الاضطراب.

- الهستيريا مرض عصابي أولي يتميز بظهور علامات وأعراض مرضية بطريقة لا شعورية، ويكون الدافع في هذا الحالة الحصول على منفعة خاصة أو جلب الإهتمام أو الهروب من موقف خطير أو تركيز الإهتمام على الفرد وكحماية للفرد من الإجهاد الشديد. وغالبًا ما يظهر هذا الاضطراب في الشخصية الهستيريا، والتي يتوافر فيها وبها العديد من الصفات والسمات. (أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص١٦١)
- الهستيريا مرض نفسي عصابي تظهر فيه اضطرابات إنفعالية مع خلل في أعصاب الحس والحركة، وهر عصاب تحول تتحول فيه الإنفعالات المزمنة إلى أعراض جسمية ليس لا أساس عضوي لغرض فيه ميزة ومنفعة للفرد.ويطلق البعض على الهستيريا إسم الهستيريا التحولية أو رد فعل التحول أى التي تحولا جسميًا لأمور نفسية.(حامد زهران ١٩٩٧، ص٤٩٨)

وبائيات اضطراب الهستيريا:

لا توجد دراسات محددة في هذا الأمر، بيد أن الملمح الأساسي له أنه أكثر شيوعًا لدى الإناث منها لدى الذكور، كما تزداد أعراض الهستيريا في مراحل العمر الحرجة في الطفولة، وعند البلوغ، وفي الشيخوخة. كما أن هذا الاضطراب أشيع لدى الأشخاص ذوي الذكاء المتوسط أو ربما دون ذلك.

وفي دراسة أجراها احمد عكاشة عن مرض الهستيريا في مصر لدى عينة مكونة من مائة مريض وخمسين مريضًا من الذكور وجد الآتي:

أ ـ أن معظم المرضى بين سن ٢٠ ـ ٤٠.

ب ـ أن ٥٢٪ من المريضات متزوجات.

ج ـ أن ١٨٪ من المرضى الرجال عزّاب.

د ـ تفوق النساء على الرجال في ظهور العديد من الأعراض والعلامات سواء الأعراض: الحركية أو الحسية أو الحشوية أو الإنشقاقية

(أحمد عكاشة ١٩٩٨، ص ص ١٩٤ ـ ١٩٦).

التصنيف الإكلينيكي لأعراض الهستيريا:

تستجيب الشخصية الهستيرية أو أحيانًا ببعض الأفراد الأسوياء للشدائد والإجهاد والقلق بالأعراض الهستيريا، والتي يمكن تصنيفها إلى نوعين:

أ ـ الاضطراب التحولي Conversion Disorder:

أي يتحول القلق والصراع النفسي بعد كبته إلى عرض عضوي أو جسمي يكون له معناه الرمزي، ويكون ذلك بطريقة لا شعورية؛ أي لا يفهم الشخص المعاني الكامنة خلف الأعراض.

ب ـ الاضطراب الإنشقاقي Dissociation Disorder:

حيث تنفصل أثناءها شخصية المريض إلى شخصيات أخرى يقوم أثناءها الفرد بتصرفات غريبة ولعل الأدباء قد أبدعوا في وصف هذه الشخصية أشهرها قصة دكتور جيكل ومستر هايد ورواية إحسان عبد القدوس (أين عقلي).. وغيرها من الأعمال الفنية الأخرى.

أسباب الهستيريا:

تتعدد الأسباب التي تقود إلى اضطراب الهستيريا، ويمكن أن تقسم إلى:

أ ـ أسباب وراثية: وهناك العديد من الإختلافات حول الوزن النسبي لدور الوراثة في إحداث هذا الاضطراب، وهل إذا كان الوالد أو الوالدة من النوع الهستيريا، فهل هذا الاضطراب يتم توريثه إلى أبناءه أم لا؟!!

ب ـ أسباب نفسية: حيث يتميز مرض الهستيريا بالعديد من السمات، ولعل عجزهم عن المواجهة وتفضيل الهروب ولفت نظر الآخرين، وعدم حل الصراعات الداخلية بطريقة سوية كل هذا وغيره قد يلعب دورًا في تهيئة المسرح النفسي للفرد إلى الدخول في هذا الاضطراب.

ونكتفي بهذا القدر من الحديث عن اضطراب الهستيريا.


الفصل الثاني
المرأة
و الاضطرابات جسدية الشكل

المرأة والاضطرابات جسدية الشكل

محتويات الفصل

- أنواع الاضطرابات جسدية الشكل.

١- اضطرابات التبدين.

٢- الاضطراب الجسدي الشكل الا متمايز.

٣- اضطراب التحويل.

٤- اضطراب الألم.

٥- توهم المرض.

٦- اضطراب توهم نشوة الجسم.

٧- الاضطرابات المصطنعة.

٨- التمارض.

- أسباب الاضطرابات جسدية الشكل.

الفصل الثاني

المرأة والاضطرابات جسدية الشكل

Woman & Somatoform Disorders

السمة الرئيسية هي الشكوى المتكررة من أعراض جسمية مثل طلبات مستمرة بإجراء الإستقصاءات الطبية، وذلك بالرغم من النتائج السلبية المتكررة، وطمأنة الأطباء بأن الأعراض ليس لها أساس بدني ويوجد في هذه الاضطرابات عادة درجة من السلوك الجاذب للإنتباه (الهستيري) خاصةً في المرضى الذين يضايقهم فشلهم في إقناع الأطباء بالطبيعة البدنية لمرضهم وبالحاجة إلى إجراء المزيد من الإستقصاءات أو الفحوصات.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

ولذا فإن من أهم خصائص وسمات هذه الطائفة من الاضطرابات هي وجود شكاوي بدنية أو جسمية دون وجود أسباب عضوية ملموسة تفسر شكاوى الشخص، إضافة إلى عدم توافر أية ألية فسيولوجية توضح علامات الاضطراب. ولذا فإن العوامل النفسية اللاشعورية الكامنة داخل الشخص قد تعد السبب الرئيسي وراء هذه الشكاوى والتي تأخذ شكلا عضويًا؛ في حين أن أسبابها تكون نفسية.

أنواع الاضطرابات الجسدية الشكل:

تأخذ هذه الاضطرابات الأنواع والأنماط الآتية:

١ ـ اضطراب التبدين Somatisation Disorder:

مدى إنتشاره:

- تبلغ نسبة إنتشاره بين السكان (في أي دولة) من ٠.١٪ إلى ٠.٥٪.
- وجدت الملاحظات الكلينيكية والعديد من الدراسات الوبائية أن هذا المرض يصيب الإناث أكثر من الذكور.

- وجدت ـ أيضًا ـ الملاحظات والدراسات أن هذا الاضطراب ينتشر بين الفئات غير المتعلمة.
- كما أنه ينتشر لدى الطبقات الدنيا (ذات الخصائص الإجتماعية والثقافية والإقتصادية المحددة).
- يبدأ عادة في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة.

تعريفه:

هو اضطراب يتسم بظهور العديد من الشكاوى التي يعلنها الفرد من منطقة معينة أو أكثر، وأن هذه الشكوى لا تنتج عن مرض عضوي معروف.
(Kaplan,H., SADOCK,B, 1996)

معايير تشخيص اضطراب التبدين وفق الدليل الرابع:

أ ـ كثرة الشكاوى الجسمية في تاريخ الحالة، التي تبدأ قبل سن الثلاثين، وتستمر لعدة سنوات، وتدفع المريض إلى البحث عن العلاج وتؤدي إلى عجز ملحوظ في الوظائف الإجتماعية والمهنية أو في مجالات أخرى مهمة من أداء الشخص ووظائفه.

ب ـ إنطبق كل المعايير التالية على الحالة، مع ظهور أعراض منفردة خلال فترة ما من مسار الاضطراب:

١ ـ **أربعة أعراض سمتها الرئيسية الألم:** تاريخ المعاناة من الألم في أربع مناطق من الجسم أو من وظائفه، مثل الدماغ، البطن، الظهر، المفاصل، الأطراف، الصدر، الشرج، أثناء الدورة الشهرية، أثناء الجماع أو التبول.

٢ ـ **عرضان لهما علاقة بالجهاز الهضمي:** الشكوى من عرضين لهما علاقة بالجهاز الهضمي على أقل تقدير؛ شريطة ألا يكون الألم من بينهما، مثل الغثيان، الإنتفاخ، القيء فى غير أوقات الحمل، الإسهال، عدم تحمل عدة أنواع مختلفة من الأطعمة.

٣ ـ عرض واحد يتعلق بالوظيفة الجنسية: تاريخ شكوى واحدة خاصة بالوظيفة الجنسية أو التناسلية على أقل تقدير لا تقتصر على الألم، مثل عدم الإكتراث الجنسي، اضطراب الإنتصاب أو القذف، عدم إنتظام الدورة الشهرية، كثرة النزف أثناء الدورة الشهرية، إستمرار القيء طوال فترة الحمل.

٤ ـ عرض واحد كاذب يتعلق بالجهاز العصبي المركزي: تاريخ وجود عرض واحد أو قصور في وظيفة من وظائف الجهاز العصبي يوحي بإصابة الشخص بمرض عصبي عضوي، مثل أعراض تحولية كإختلال تناسق الحركة أو التوازن، أو شلل يقتصر على عضو واحد أو ضعف حركته، أو إحتباس البول، أو الهلاوس، أو صعوبة البلع، إزدواج الرؤيا، أو العمى، أو الصمم، أو التشنجات، أو أعراض إنفصالية مثل فقدان الذاكرة أو الوعي الذي لا يؤدي إلى الإغماء.

ج ـ توافر المعيار (١) أو (٢):

١ ـ يتعذر إرجاع كل عرض من أعراض المعيار "باء" بصورة كاملة إلى مرض عضوي معروف أو إلى الآثار المباشرة لتعاطي مادة أو دواء، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة.

٢ ـ في حالة توافر مرض عضوي له علاقة بالأعراض تفوق شكاوى المريض وتدني وظائفه الإجتماعية والمهنية ما يتوقعه الطبيب بعد دراسة تاريخ الحالة وتوقيع الكشف الطبي ونتائج الفحوص الطبية.

د ـ يشترط لتشخيص هذا المرض عدم تعمد إصطناع الأعراض أو استحداثها (كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتمارض).

٢ ـ الاضطراب الجسدي الشكل اللامتمايز Undifferentiated Somatoform:

مدى الإنتشار:

- لا توجد إحصاءات وثيقة تشير إلى حجم هذا الاضطراب.
- لعل سبب ذلك هو تداخل هذا الاضطراب مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى.
- من المرجح أن تكون نسبة إصابة الإناث بهذا الاضطراب أكثر من الذكور نظرًا للعديد من عوامل الثقافة والتنشئة الإجتماعية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٢٠٢ ـ ٢٠٣)

تعريفه:

وهو عبارة عن فئة مختلفة أو متبقية من الاضطراب الجسدي تستخدم في وصف جزئية من الاضطراب بشكله الكامل، حيث يشكو المريض من عدة أعراض جسدية لا تستدعي إدراجه في فئة الاضطراب الجسدي الشكل؛ لأن شدة الأعراض لا ترقى إلى مستوى الاضطراب الجسدي الكامل الصورة، أو لغموض الأعراض. وأن الشكوى من الإرهاق المزمن تعد الشكوى الأكثر تواترًا وورودًا لدى هؤلاء المرضى.

معايير الدليل الرابع لتشخيص الاضطراب الجسدي الشكل:

أ ـ شكوى جسمية واحدة أو أكثر مثل: (سرعة التعب، أو فقدان الشهية، أو شكاوى خاصة بالجهاز الهضمى أو البولي).

ب ـ توافر المعيار (١) أو (٢):

١ ـ لا يمكن تفسير الأعراض بصورة كاملة بوجود مرض عضوي معروف، أو بأنها نتيجة مباشرة لتعاطي مخدر أو دواء، وذلك بعد إجراء الفحوص المناسبة.

٢ ـ في حالة وجود مرض عضوي له علاقة بالحالة، تفوق الأعراض أو تدني وظائفه الإجتماعية والمهنية الناتج، وما يتوقعه الطبيب بالنسبة للمرض العضوي المذكور كما يتضح من تاريخ الحالة والكشف الطبي ونتائج الفحوص المختبرية.

ج ـ تتسبب الأعراض في معاناة المريض بصورة ملحوظة أو تؤدي إلى تدني وظائفه الإجتماعية والمهنية أو وظائف مجالات أخرى مهمة.

د ـ ألا تقل مدة الأعراض عن ستة أشهر.

هـ ـ ألا يفسر مرض نفسي آخر أعراض المريض على نحو أفضل مثل: (اضطراب خر جسدي الشكل، أو اضطراب جنسي، أو اضطراب قلق، أو اضطراب ذهاني).

و ـ ألا تكون الأعراض متعمدة أو مصطنعة مثلما يحدث في حالة الاضطراب المصطنع أوالتمارض.

٣ ـ اضطراب التحول Conversion Disorder:

مدى الإنتشار:

- تتراوح نسب المضطربين بهذا النوع من الاضطراب ما بين ٥٪ إلى ١٠٪ من إجمالي المترددين على عيادات الطب النفسي الخارجي.
- في حين أن بعض الإحصائيات تقدر المصابين بهذا الاضطراب بـ ١٠٪ من مرضى الأقسام الداخلية بالمستشفيات.
- تبلغ إصابة الإناث بهذا الاضطراب ضعف إصابة الذكور.
- يظهر عادة في سن الرشد المبكرة (في الغالب).
- لكن بالرغم من ذلك؛ قد يظهر الاضطراب في منتصف العمر أو في الشيخوخة. (Kaplan,D.. SADock. B. 1996)

تعريفه:

يعرف التحول ـ في موسوعة علم النفس والطب النفسي ـ بأنه: عملية يلجأ فيها الأنا إلى حل الصراع النفسي الذي ينشأ في الشخصية عن طريق تحويله إلى حل يبدو في عرض جسمي وكأن الشخص هنا بدلا من أن يعبر عن صراعاته تعبيرًا نفسيًا خالصًا يحوله إلى تعبير جسمي. وتتم هذه العملية على مستوى لا شعوري مثل: حدوث شلل هستيري للذراع مثلا، إذ في هذه الحالة لا توجد بالزراع ولا بمراكزه بالمخ ولا بوصلاته العصبية لأية إصابة تشريحية عضوية يمكن ملاحظتها أو تشخيصها طبيًا، ومع هذا يكون الذراع مشلولا ولذا يفشل في مثل هذه الحالة العلاج الجسمي وينجح العلاج النفسي والذي يتعامل مع الصراعات التي أدت إلى مثل العرض التبديني.(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

وقد نجد اضطراب التحول هذا بعرض واحد أو أكثر من عرض ويكون له صلة بالجهاز العصبي المركزي. وأن هذه الأعراض ليست نتيجة اضطراب عضوي أو عصبي أو تعاطي مادة مخدرة.

التشخيص والعلامات والأعراض:

أ ـ **اضطرابات حركية مثل:** الشلل والتخلج Ataxia (عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية كالوقوف وغيره)، وصعوبة البلع والقيء وإحتباس الصوت.

ب ـ **اضطرابات الوعي مثل:** النوبات التشنجية الكاذبة وفقدان الوعي.

ج ـ **اضطرابات الإحساس مثل:** العمى، الصمم، فقدان الشم، نقص الحس فقد الإحساس بالألم، نقص الحس الطرفي في موضع القفاز والجورب.

د ـ **علاقة زمنية:** وثيقة بين ظهور الأعراض والتعرض لضغط نفسي أو إنفعالات شديدة.

هـ - ظهور الأعراض في نصف الجسم الأيسر أكثر من نصفه الأيمن.

و - عدم تعمد الشخص إستحداث الأعراض.

ز - عدم توافق الأعراض مع ثقافة المريض، أو وجود أصول عضوية كما يتضح من الكشف الطبي والفحوص الطبية.

٤- اضطراب الألم Pain Disorder:

مدى الإنتشار:

يشكل اضطراب الألم مشكلة إقتصادية كبرى، مثلما يشكل مشكلة طبية - كمثال فى المملكة المتحدة - إذا تسبب الألم أسفل الظهر بمفردها ضياع عدة ملايين من أيام العمل كل عام. بالإضافة لى تكلفة العديد من التدخلات الطبية والجراحية وتكلفة العقاقير و المشكلات الإقتصادية والأسرية المصاحبة، والتي تعزي إلى التكاليف غيرالمنظورة للألم المزمن.

(شيري بيرس وآخر، ٢٠٠٠)

- ويظهر اضطراب الألم في أي سن ولا سيما في العقدين الثالث والرابع.
- أكثر إنتشارًا بين الإناث.
- تتوافر بعض الأدلة على إرتفاع نسبة حدوث الألم والإكتئاب وتعاطي الخمر في أقرباء الدرجة الأولي.

معايير الدليل الرابع لتشخيص اضطراب الألم:

أ - يجسد بالألم في مكان واحد أو أكثر من الجسم عن طريق العرض الإكلينيكي الرئيسي، على أن تستدعي شدته تدخل الطبيب.

ب - يؤدي الألم إلى معاناة ملحوظة أو يعوق الوظائف الإجتماعية والمهنية أو وظائف أخرى مهمة.

ج - تلعب العوامل النفسية دورًا مهمًا في ظهور الألم وشدته واستمراره.

د - يشترط ألا يكون العرض أو القصور متعمدًا أو مصطنعًا، كما يحدث في الاضطرابات المصطنعة والتمارض.

و - يشترط ألا يكون الألم نتيجة لمرض نفسي آخر مثل: اضطراب الوجدان أو القلق، وألا تنطبق عليه معايير تشخيص ألم الجماع.

خصص الفئة:

اضطراب مصحوب بعوامل نفسية: تلعب العوامل النفسية دورًا رئيسيًا في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره. (في حالة وجود مرض عضوي، يشترط لتشخيص الاضطراب ألا يلعب ذلك المرض دورًا رئيسيًا في ظهور الألم أو شدته أو تفاقمه أو استمراره). لا يشخص هذا النوع من اضطراب الألم إذا كانت معاييره تنطبق أيضًا على اضطراب التبدين.

خصص ما إذا كان:

حادًا: تقل مدته عن ستة أشهر.

مزمنًا: مدته ستة أشهر أو أكثر.

اضطراب الألم المصحوب بعوامل نفسية ومرض عضوي:

تلعب العوامل النفسية ومرض عضوي دورًا مهمًا في ظهور الألم وشدته وتفاقمه واستمراره. بدون المرض العضوي أو مكان الألم على المحور الثالث.

حدد ما إذا كان:

حادًا: مدته تقل عن ستة أشهر.

مزمنًا: مدته ستة أشهر أو أكثر.

٥ ـ توهم المرض Hypochondrias:

مدى الإنتشار:

- يصيب ١٠٪ من إجمالي المصابين بأمراض باطنية.
- تتساوى نسبة حدوثه بين الذكور والإناث. ولكن في الإناث أكثر.
- يصيب جميع الأعمار، ويزداد انتشاره في العقد الثالث من العمر لدى الذكور والعقد الرابع في العمر لدى الإناث.
- يصيب أقرباء الدرجة الأولى للمريض وشقيقه التوءم.

تعريفه:

هو عبارة عن اضطراب السمة الأساسية فيه: إنشغال دائم بإحتمال الإصابة بواحد أو أكثر من الاضطرابات البدنية الخطرة والمتفاقمة يعبر عنه بشكاوى جسدية مستمرة، كما يركز الإنتباه عادة على واحدة أو إثنين من الأعضاء أو الأجهزة بالجسم. وقد يذكر المريض إسم الاضطراب الجسمي الذي يخشاه، ومع ذلك فإن درجة إقتناعه بوجود المرض والتركيز على اضطراب بعينه دون اضطراب آخر تتباين عادة ما بين الإستشارات الطبية.

وغالبًا ما يكون الإكتئاب والقلق الشديدين موجودين.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨).

التشخيص:

أ ـ يصيب أي عضو أو جهاز في الجسم.

ب ـ يصيب ـ في الغالب ـ الجهاز الدوري أو الهضمي أكثر من غيرها.

ج ـ يعتقد المريض أنه مصاب بمرض عضوي بالفعل.

د ـ يطمئن المريض لفترة قصيرة عندما يتضح عدم وجود مرض في الكشف الطبي والفحوص، ثم تعاوده الأعراض.

هـ ـ تفشل طمأنة المريض المصاب بضلالات جسدية.

و ـ تبلغ مدة المرض ستة أشهر على أقل تقدير.

ز ـ لا يرقى إعتقاد المريض في إصابته بالمرض إلى مستوى الضلالة.

٦ ـ اضطراب توهم تشوه الجسم Body Dysmorphic Disorder:

مدى الانتشار:

- يبدأ ظهور المرض بداية من سن المراهقة حتى سن الرشد المبكر.
- يصيب الذكور والإناث بنفس النسبة وإن كان الملحوظ أنه أكثر انتشارًا لدى الإناث.

تعريفه:

هو اضطراب يتوهم من خلاله الشخص وجود عيب في شكل جزء من الجسم، وقد يمتد هذا التوهم ليشمل أجزاء مختلفة من الجسم إلا أنه لا يرقى إلى مستوى الضلالة. (Kaplan, D., SADock, B, 1996)

التشخيص:

- يشكو المريض من عيوب في جسمه مثل التجاعيد، أو سقوط الشعر، أو صغر أو كبر بعض الأعضاء التناسلية.
- أو قد يمتد لتشمل الشكوى من وجود عيوب في أجزاء أخرى من الجسم ظاهرة مثل (الأنف) أو مستترة مثل (وجود بقع على الجلد).
- وعند وجود تشوه جسمي طفيف ينشغل المريض به على نحو مفرط ومبالغ فيه.
- لا يصل مستوى إنشغاله إلى مستوى الضلالة (كما يحدث في اضطراب الضلالة الجسدي النوع).

٧ـ الاضطرابات المصطنعة Factitious Disorder:

مدى الإنتشار:

- نسب الإصابة بهذا الاضطراب غير معروفة بشكل محدد.
- يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- تبلغ نسبة مرض إصطناع المرض الذين يدخلون المستشفيات من ١٠٪ إلى ١٥٪ حيث يعاني معظمهم من إرتفاع مصطنع في درجة الحرارة (كمثال شائع لذلك).
- ينتشر هذا الاضطراب بشكل خاص لدى الأشخاص العاملين في المجال الطبي (أطباء ـ ممرضين ـ ممرضات.... إلخ).

تعريفه:

هو عبارة عن اضطراب يتوهم الشخص من خلاله أعراضًا يستحدثها عمدًا وبصورة شعورية قد أصابت الجسم، وقد يستحدث الشخص العديد من الأعراض النفسية مثل الهلاوس، أو عضوية مثل الشعور بالآلم في جزء أو أكثر من أجزاء الجسم.

التشخيص والعلامات والأعراض:

تنقسم هذه الاضطرابات إلى الفئات التالية:

أ ـ اضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات جسدية سائدة وتشمل:

- تعمد إستحداث الأعراض الجسمية كالغثيان والقيء والألم والتشنجات.
- قد يتعمد المرضى إضافة الدم إلى برازهم أو بولهم.
- قد يتعمد المرضى رفع درجة حرارة أجسامهم بطرائق مصطنعة.

- أو حقن أنفسهم بالأنسولين لخفض مستوى السكر في الجسم.
- ومن علاماته: البطن المخطط (للندبات التي تتركها العمليات الجراحية الكثيرة التي يعرض المريض نفسه لها).

ب ـ اضطرابات مصطنعة ذات أعراض وعلامات نفسية سائدة:

- تعمد إصطناع الأعراض الطبية النفسية مثل: الهلاوس والضلالات والإكتئاب وشذوذ السلوك.
- لجوء المريض إلى الكذب وحبك أو قص روايات يصعب تصديقها في أسباب إصابته إلا أنه يعتقد في صحتها.
- ينتشر إدمان المواد المخدرة بين مرضى اضطرابات النوعين السابقين (أ ـ ب).

ج ـ اضطرابات مصطنعة لم يسبق تخصيصها:

- تشمل الاضطرابات التي لا تنطبق عليها معايير الاضطرابات المصطنعة مثل إصطناع المرض بالإنابة (تعمد شخص أخر يرى المريض إصطناع الأعراض لإكتساب الدور المرضى بصورة غير مباشرة).

٨ ـ التمارض Malingering:

مدى الإنتشار:

- غير معروف بصورة محددة أو تقريبية نسب الإصابة به.
- أكثر إنتشارًا في الأماكن التي يكثر فيها الذكور مثل: الثكنات العسكرية، السجون، المصانع، وغيرها من المؤسسات.
- قد يظهر هذا الاضطراب أيضًا لدى الإناث.

تعريفه:

هو لجوء الفرد إلى الإستحداث الإرادي لإحداث أعراض جسدية أو نفسية، ولتحقيق هدف معين مثل: الحصول على أجازة من الثكنة العسكرية، أو التهرب من حكم بالحبس، أو التهرب من عقاب، أو الحصول على مبلغ من شركة تأمين.

(ولعل أكثر صور إحداث هذا الاضطراب بين كثير من عساكر القوات المسلحة هو تناول الشخص شطة ـ مواد حريفة ـ يعقبها تناول حلوى مما يؤدي ذلك إلى إرتفاع في درجة حرارة الشخص وبالتالي يطلب ـ كارنيه ـ عيادة وتتخذ باقي الإجراءات حتى يبتعد عن الخدمات والأعمال المكلف بها داخل المعسكر كما لاحظ المؤلف بنفسه ذلك بين بعض المجندين).

التشخيص والعلامات والأعراض:

- يبدي الشخص في العادة شكاوى مبهمة وغير محددة ويعرضها بالتفصيل.
- يغضب المريض عند إبداء الطبيب تشككه في صدق أعراضه.
- يتضح من التاريخ النفسي والإجتماعي وجود حاجة لدى الشخص المعني لتجنب حد المواقف، أو الحصول على المال، أو للهروب من مشاغل قانونية.
- إبحث عن هدف محدد لدى المريض يستفيد من خلاله (المكسب الثانوي للمرضى).

أسباب الاضطرابات جسدية الشكل:

تنتمي فئة الاضطرابات الجسدية الشكل إلى الاضطرابات العصابية والمرتبطة بالكرب (المشقة). ومن أسباب الإصابة بهذا الاضطراب.

أولا : العوامل التكوينية الوراثية

- وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثي له أثره في نشأة العديد من الاضطرابات.
- قامت عدة دراسات على التوائم المتشابهه، ووجد أنه إذا أصيب أحد التوائم بالعصاب (مثلا)؛ فعادةً ما يصاب الآخر بنفس المرض.
- دلت دراسات العائلات على أن إستجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية المرض، وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالإستجابة لاضطراب معين تجاويت معه باقي أفراد الأسرة بالإستجابة لهذا العرض.
- ولذا نلجأ في علاج بعض هذه الاضطرابات إلى إستخدام الأدوية النفسية خاصةً أثناء فترات إصابة المريض بالقلق، أو الإكتئاب الحاد (وفقط) خشية من أن العلاج بالدواء في مختلف الفترات قد يقود إلى إدمان المريض لتعاطي الدواء سواء أكان الشخص في حاجة إلى الدواء أم لا..
- وجود خلل في قشرة المخ فعلى سبيل المثال وجد أن أسباب اضطراب التحول البيولوجية تتلخص في: ـ
- يعتمد ظهور الأعراض على تنشيط آليات مثبطة في المخ.
- يصحب الاضطراب فرط إثارة قشرة المخ التي تنشط بدورها آليات الجهاز العصبي المركزي المثبطة في المشبك (فجوة تفصل الخلايا العصبية عن بعضها) وسامة المخ، والمنظومة الشبكية التنشيطية.
- يتفع إحتمال حدوث الاضطراب فيمن يعانونمن إصابات الفص الجبهي أو أوجه قصور أخرى في الجهاز العصبي المركزي.

ثانيًا: أسباب نفسية ـ إجتماعية

تتعدد المنطلقات النفسية ما بين نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية (بمنطلقاتها المختلفة)ولذا نجد العديد من التفسيرات النفسية التي قدمت للاضطرابات جسدية الشكل.

مثلا: الشخص الذي يعاني من اضطراب التبدين، وجد أن الأسباب النفسية تتلخص في:

- أن هذا الشخص يميل إلى كبت العدوان.
- أن هذا العدوان المفترض أن يوجه إلى الآخر قد تم تحويله إلى الذات.
- أنه يتمتع بضمير أو أنا أعلى Super ego جد حساس؛ مما يؤدي إلى إرتداد العدوان إلى الذات وعقابها (ليس مجرد عقاب الآخر بل التفكير في ذلك).
- إنتشار وشيوع مشاعر الدونية والإنحطاط من قيمة الذات.
- توحد غير سوي بأحد الوالدين.

في حين أن التفسير النفسي الذي قدم لاضطراب التحول فهو:

- يعد الاضطراب تعبيرًا عن صراع نفسي لا شعوري مكبوت.
- تتصف شخصية المريض قبل إصابته بالاضطراب بسمات اضطراب الشخصية المتجنبة، وأخرى هستيرية.
- التوحد مع فرد من الأسرة يشكو من الأعراض نفسها بسبب مرض فعلي.
- وجود دوافع جنسية وعدوانية لا شعورية ترفضها الأنا وتتكرر في صورة أعراض مرضية.

في حين أن الجانب النفسي الذي يفسر اضطراب توهم المرض كالآتي: ـ

- أن الشخص لديه إستعدادًا خلقيًا لفرط الحساسية لوظائف الجسم والإحساسات الصادرة منه، وإنخفاض عتبة الإحساس بالألم أو المعاناة الجسمية.
- إرتداد النزعات العدوانية إلى الذات بدلاً من الآخر ومن خلال جزء معين من الجسم.
- لا بد من التركيز حول إحتمالية أن يكون للعضو الجسمي المصاب معنى رمزيًا (أو وفقًا لمفهوم التحليل النفسي لا بد من البحث عن عامل الحتمية ـ وليس العشوائية ـ المقصودة في إصابة هذا العضو من الجسم دون خبرة بهذا الاضطراب. وأن الإصابة تكون محتومة المعن والدلالة ولابد من البحث عنها).

ونستنتج مما سبق الآتي:

١ ـ لابد من أخذ تاريخ الشخص السابق في الإعتبار.

٢ ـ لابد من فهم الدلالة ـ أو الدلائل النفسية ـ لأسباب إصابة الشخص وتحديدًا في عضو من جسده دون آخر.

٣ ـ أخذ طريقة التربية في الإعتبار؛ لأن هناك العديد من طرق التنشئة والتي تعمل على (كبت) العدوان (وكف) الرغبات الجنسية، والتي بدورها تضطر لتحويل مسارها من (الآخر) إلى (الذات).

٤ ـ التركيز على الهدف أو المكسب الثانوي من وراء العرض. فعلى سبيل المثال وجد أن اضطراب الألم ـ مثلاً ـ له علاقة بالآخر حيث يستخدم الفرد الألم كوسيلة للسيطرة على علاقة بآخر والإستفادة منها مثل: إستقرار علاقة زوجية هشة.

٥ ـ التعرف على نمط الشخصية (اضطرابات أنماط الشخصية) إذ على سبيل المثال وجد أن الشخصية التي تميل إلى التمارض يميل أصحبها إلى نمط الشخصية المناهضة للمجتمع.

٦ ـ التركيز على ميكانيزمات الدفاع التي يلجأ إليها الفرد، إذ على سبيل المثال يستخدم مريض اضطراب توهم تشوه الجسم الأساليب الدفاعية الآتية:

- الكبت (لصراعات لا شعورية).
- تشويه أو ترميز جزء من الجسم.
- الإسقاط (الإعتقاد بأن الآخرين يرون أيضًا التشوه المتخيل).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨) (شيرلي بيرس، جوي مايز، ٢٠٠٠، ص ص ٧٣٧ ـ ٧٥٦).


الفصل الثالث
المرأة
و الاضطرابات الإنفصالية

المرأة والاضطرابات الإنفصالية

محتويات الفصل

- تعريف الاضطرابات الإنفصالية.
- أنواع الاضطرابات الإنفصالية.

١- فقدان الذاكرة الإنفصالي:

- هدى انتشاره.
- الإعراض والعلامات.
- التشخيص وفقًا للدليل الشخصي والإحصائي الرابع

٢- التجوال الإنفصالي: -

- مدى انتشاره.
- الأعراض والعلامات.
- التشخيص وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.

٣- اضطراب انفصال الهوية

- مدى انتشاره.
- الأعراض والعلامات.
- التشخيص وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.

٤- اضطراب اختلال الأنية

- مدى انتشاره.
- الأعراض والعلامات.
- التشخيص وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع.

٥- اضطراب انفصالي لم يسبق تخصيصه

- أسباب الأضطرابات الإنفصالية

الفصل الثالث
المرأة والاضطرابات الإنفصالية

Dissociative Disorders

تعريف الاضطرابات الإنفصالية:

تعد الاضطرابات الإنفصالية أو التفككية أحد الأساليب الدفاعية، ويتجلى ذلك في الميل إلى الفصل أو التفرقة أو التقسيم؛ حيث يحدث إنقسام يتفاوت تحديدًا في الوظائف النفسية. فإذا إشتد المرض فقدت الشخصية وحدتها حيث تنعزل مجموعة من العمليات العقلية عن الجانب الشعوري وتصبح مستقلة أو آلية.(مصطفى كامل في: فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

وقد كانت هذه الاضطرابات في الماضي تعرف بإسم أعصبة الهستيريا الإنشقاقية، والحقيقة أن عملية تحويل الإنفعال موجود في كل من الهستيريا والتفكك، ولكن في الهستيريا يحدث التحول إلى مرض جسمي، وفي الإنفصال والتفكيك يحدث هروب إلى حالة من عدم الوعي (حامد زهران، ١٩٩٨)

وتنقسم الاضطرابات الإنفصالية إلى خمسة أقسام رئيسية:

١ ـ فقدان الذاكرة الإنفصالي.

٢ ـ التجوال الإنفصالي.

٣ ـ اضطراب الهوية (المعروف أيضًا بإزدواج الشخصية).

٤ ـ اضطراب إختلال الأنية (أو الهوية).

٥ ـ اضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه أو تصنيفه.

ولعل الصفة الأساسية المشتركة بين هذه الأقسام هي:

- فقدان الذاكرة .
- فقدان الوعي.
- فقدان الهوية.
- فقدان إدراك البيئة نتيجة لأسباب نفسية.
- أن هذه الاضطرابات لا تصاحبها أمراض عضوية فى المخ.

وسوف نتناول في هذا الفصل كل اضطراب من الاضطرابات السابقة على حده.

١ ـ اضطراب فقدان الذاكرة الإنفصالي Dissociative Amnesia :

مدى الإنتشار:

- يعد اضطراب فقدان الذاكرة الإنفصالي أكثر الاضطرابات الإنفصالية إنتشارًا.
- لا توجد نسب محددة لمدى إنتشاره أو وبائياته.
- يحدث كرد فعل للكوارث والأزمات الحادة.
- يحدث عادة أثناء الحروب.
- أكثر إنتشارًا بين الإناث مقارنةً بالذكور.
- يبدأ في سن المراهقة وسن الرشد المبكرة.

تعريفه:

هو عبارة عن طمس (كلي أو جزئي) للذاكرة الخاصة بخبرة أليمة سابقة ويكون عادةً نتيجة للكبت؛ (أي أن الخبرة تظل في غياهب اللاشعور)، وعندما يواجه المريض موقفًا يركز على الخاصة المكبوتة؛ تتعطل ذاكرته الواعية ليتجنب القلق.

وقد يشمل فقدان الذاكرة نسيان المريض إسمه وسنه ومحل إقامته، ولا يتعرف على أهله أو أصدقائه، ولكنه يظل محتفظًا بقدرته على الكتابة والكلام ويبدو عاديًا فيما عدا فقدان الذاكرة الخاص.(حامد زهران، ١٩٩٨)

وقد ينسى المريض أحداث فترة زمنية قصيرة، وقد يظهر على المصاب أحيانًا عدم الإكتراث بفقدان الذاكرة.

العلامات والأعراض:

- فقدان ذاكرة فجائي في العادة.
- يدرك الشخص أنه فقد الذاكرة.
- يتسم باليقظة قبل فقدانها وبعده.
- كما قد يحدث إختلال طفيف في الوعي.

<u>معايير الدليل لتشخيص فقدان الذاكرة الإنفصالي:</u>

أ - يتصف النمط السائد للاضطراب بنوبات من العجز عن إسترجاع معلومات شخصية هامة ذات طابع صادم أو مؤلم في العادة على نطاق واسع يتجاوز النسيان العادي.

ب - ألا يقتصر ظهوره على فترات الإصابة باضطراب الهوية الإنفصالية أو التجوال الإنفصالي، أو اضطراب الكرب الناتج عن صدمة أو اضطراب التبدين، وألا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة (مخدر أو دواء)، أو مرض عصبي، أو مرض عضوي آخر، مثل اضطراب النساوه النتج عن إصابات الدماغ.

ج - أن تسبب الأعراض معاناة إكلينيكية واضحة للمريض، أو إخلال بوظائفه الإجتماعية أو المرضية أو بوظائف أخرى مهمة.(DSM IV. 1994)

٢ ـ اضطراب التجوال الإنفصالي Dissociative Fugue:

مدى الإنتشار:

- هذا الاضطراب نادر الحدوث.
- لا توجد بيانات إحصائية دقيقة توضح مدى الإنتشار.
- ينتشر بشكل خاص بعد الكوارث.
- ينتشر ـ أيضًا ـ بعد الحروب.
- تختلف نسب حدوثه بين الجنسين. وإن كان لدى الإناث أكثر انتشارًا.
- ليس له عمر بداية محدد.

تعريفه:

هو اضطراب يظهر في سفر الشخص المفاجيء وغير المتوقع بعيدًا عن منزله، أو عمله، وعجزه عن تذكر جوانب مهمة من هويته السابقة (كالإسم والأسرة والمهنة). وينتحل هوية جديدة في أحيان كثيرة، وفترة التجوال هذه قد تول وقد تقصر، وقد يمارس أثناءها العديد من الأنشطة والأعمال، حتى إذا أفاق من نوبة التجوال هذه عاد إلى بيته وأهله وعمله وغالبًا ما تفشل المحاولات في جعل الفرد يتذكر الذي حدث أثناء نوبة التجوال.(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

الأعراض والعلامات:

- تجوال على نحو غير هادف.
- هذا التجوال يكون لمسافات طويلة فى العادة.
- ينسى حياته الماضية.
- لا يشعر عادة أنه فقد الذاكرة.
- ينتحل هوية جديدة.
- يتسم سلوكه قبل النوبة وبعدها (نوبة التجوال) بالسواء.

معايير الدليل الرابع لتشخيص التجوال الإنفصالي:

أ ـ سمته الرئيسية السفر أو الإنتقال المفاجيء وغير المتوقع بعيداً عن المنزل أو مكان العمل المعتاد المصحوب بالعجز عن تذكر الشخص لماضيه.

ب ـ الذهول المؤدي إلى عجز الشحص عن تحديد هويته.

ج ـ إنتحال الشخص لهوية جديدة (كاملة أو جزئية).

د ـ ألا يقتصر ظهور التجوال على فترات إصابة باضطراب إنفصال الهوية، وألا يكون نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار، أو مرض عضوي (مثل صرع الفص الصدغي).

هـ ـ أن يسبب هذا الاضطراب للمصاب معاناة ملحوظة أو خلل في أدائه الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو وظائف أخرى مهمة.(DSM IV, 1994)

٣ ـ اضطراب إنفصال الهوية أو (إزدواج الشخصية) Dissociative Identity Disorder (Multiple.P.D)

مدى الإنتشار:

- هذا الاضطراب ليس نادراً كما قد يعتقد.
- يصيب حوالي ٥٪ من المرضي النفسيين.
- يظهر عادة في المراهقة وسن الرشد المبكره.
- (كما قد يظهر في بعض الحالات قبل سن المراهقة).
- أكثر إنتشاراً بين الإناث مقارنة بالذكور.
- ترتفع نسبة حدوثه بين أقرباء الدرجة الأولى.

تعريفه:

نوع من الاضطراب تتمثل أعراضه الرئيسية في أن يتواجد مع شخصية الفرد الأساسية ــ التي يعرفه الناس بها ــ شخصية أخرى أو أكثر؛ بحيث

تتمايز كل منها وتتعارض في خصائصها وتسود في الفترات المعينة. وفي هذه الحالة يكون لكل شخصية إسم خاص، وهوية خاصة، وصفات خاصة، وعلاقات خاصة، وأنشطة خاصة، ولا تعي الشخصية الأساسية عن هذه الشخصيات الأخرى شيئًا، وإن علمت عنها شيئًا أدركتها على أنها مستقلة عنها، مقطوعة الصلة بها، أو أشارت إليها بضمير الغائب. وهكذا تكون الحال بين بقية الشخصيات.

وينتقل الفرد من شخصية إلى أخرى بشكل مفاجيء وغالبًا ما يكون في فترات الضغط النفسي. (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

العلامات والأعراض:

- شخصية واحدة أو أكثر واضحة المعالم.
- تسيطر كل منها على سلوك المريض وتفكيره في حالة وجودها.
- تتحول من شخصية إلى أخرى بصورة مفاجئة.
- عدم تذكر الشخصيات الأخرى بصفة عامة.
- قد تدرك بعض الشخصيات جوانب تتعلق بالشخصيات الدخيلة.
- لكل شخصية جديدة ذكرياتها وتفكيرها المترابط مثل إختلاق معدل الذكاء.
- قد تختلف الشخصيات الأخرى من ناحية النوع والسن.
- قد تبدي شخصية دخيلة واحدة أو أكثر أعراض مرض نفسي مصاحب مثل اضطراب الوجدان أو اضطراب الشخصية.

معايير الدليل الرابع لتشخيص إنفصال الهوية:

أ - ظهور هويتين أو شخصيتين أو أكثر (لكل منهما نمط إدراك للبيئة والذات والتفاعل معها والتفكير فيهما يتصف بالإستمرار).

ب ـ أن تتحكم اثنتان من تلك الهويات أو الشخصيات على أقل تقدير في سلوك المريض.

ج ـ عجز المريض عن تذكر معلومات شخصية مهمة يصعب إرجاع كثرتها إلى النسيان العادي.

د ـ ألا يكون الاضطراب نتيجة مباشرة لتأثير مادة أو عقار أو مرض عضوي.

ملحوظة: ألا تفسر الأعراض في الأطفال أنها نتيجة اللعب مع رفيق وهمي أو أي نوع خر من لعب الطفولة الخيالي.(DSM IV, 1994)

٤ ـ اضطراب إختلال الآنية Depersonalization Disorder:

مدى الإنتشار:

- يندر ظهور الاضطراب بصوره النقية.
- نمطه الشائع نوبات متقطعة من إختلال الآنية.
- يندر ظهوره بعد سن الأربعين.
- قد ترتفع نسبته بين الإناث مقارنة بالذكور.

تعريفه:

هو اضطراب يشكو فيه الشخص من تغير كيفي في نشاطه العقلي والجسدي أو العالم المحيط به؛ بحيث تبدو هذه الأشياء غير حقيقية وبعدية أو آلية. وقد يشير إلى أن حركاته وسلوكه لم تعد تلك الخاصة به. وأن جسده يبدوا مفتقدًا للحياه، أو معزولا، أو غريبًا. وأن العالم من حوله يبدوا مفتقد اللون والحياة، وتبدو الحياة كمسرح يتناول عليه الناس تمثيل الأدوار. وفي بعض الأحيان قد يشعر الشخص كأنه يشاهد نفسه من على بعد أو كأنه ميت، وتحدث هذه الظاهرة في الغالب في إطار اضطراب إكتئاب واضطراب الرهاب واضطراب الوسواس القهري.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

وأن الشخص ينظر إلى نفسه وكأن شعوره منفصل عن جسمه ذاته: كالشعور بأنه يعمل بطريقة آلية أو يعيش في حلم. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

العلامات والأعراض:

- شعور دائم ومستمر بعدم واقعية الجسم والذات.
- يوجد قدر من إختيار الواقع.
- يشعر بتشوه في إدراكه للزمان.
- يشعر بتشوه في إدراكه للمكان.
- يتخيل أن أطرافه كبيرة أو صغيرة.
- ينتشر شعور بغرابة ولا معقولية العالم الخارجي.
- يشعر ـ في بعض الأحيان ـ وكأنه إنسان آلي.
- تكثر شكوى الشعور بالدوران.
- تتكرر لديه مجموعة من الأفكار الإكتئابية والوسواسية والقلق.
- منشغل دومًا بالجسم ووظائفه.

معايير تشخيص اضطراب إختلال الآنية وفقًا للدليل الرابع:

أ ـ خبرات متصلة ومتكررة تصف بالشعور بالإنفصال عن الجسم أو العمليات الفكرية ومراقبتها كشخص آخر خارجي (مثل الشعور بأن الإنسان فيما يشبه الحلم).

ب ـ يحتفظ المريض خلال النوبات بقدرته على إختبار الواقع.

ج ـ يسبب إختلال الآنية لصاحبه معاناه ملحوظة أو خلل في وظائفه الإجتماعية أو المرضية أو في مجالات وظيفية أخرى مهمة.

د ـ لا يقتصر ظهور إختلال الآنية على نوبات الإصابة بمرض نفسي آخر كالفصام، أو اضطراب الهلع أو اضطراب إنفصالي آخر، ويشترط ألا يكون نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء أو مرض عضوي (مثل صرع الفص الصدغي).(DSM IV. 1994)

٥ ـ اضطراب إنفصالي لم يسبق تخصيصه Dissociative Disorder Not Otherwise Specified:

تعريفه:

أعراض إنفصالية بارزة. بيد أن معايير تشخيص الاضطراب الإنفصالي بعينها لا تنطبق بشكل كامل على السمات الإكلينيكية الرئيسية ومنها على سبيل المثال: اضطرابات سمتها الرئيسية عرض إنفصالي مثل: اضطراب وظائف الهوية أو الذاكرة أو الوعي التكاملية أو تغيرها والتي لا تنطبق عليها معايير اضطراب إنفصالي محدد.

امثلة:

١ ـ الشعور بغرابة البيئة غير المصحوب بإختلال الآنية.

٢ ـ حالات إنفصالية تصيب أشخاص تعرضوا لعمليات مستمرة أو متقطعة من غسيل المخ والتلقين المتبعان مع الإرهابيين وبعض المعتقلين.

٣ ـ الغيبوبة والذهول وفقدان الوعي التي لا تعود لمرض عضوي، حالات السفر المفاجيء وغير المتوقع والسلوك المنظم، وعدم إرتباط وفقدان الذاكرة على تذكر ماضي الشخص المعني بإنتحاله هوية أو شخصية جديدة.

وغيرها من الأمثلة التي لم تشخص بعد.

اسباب الاضطرابات الإنفصالية:

تتعدد الأسباب التي تعود إلى إمكانية الإصابة باضطراب أو أكثر من الاضطرابات الإنفصالية (السابق الحديث عنها)، ويمكن إجمال هذه الأسباب في مجموعتين هما: ـ

أولا: الأسباب الوراثية:

حيث تلعب الوراثة دورًا هامًا بالإضافة إلى العديد من العوامل البيولوجية في إحداث بعضًا من الاضطرابات الإنفصالية مثل: حدوث صدمة أو إرتجاج في المخ، جرح بالمخ ناتج عن إصابة، أو مواصلة الإدسان خاصةً إدمان المواد الكحولية (غير النقية)، وكل ما سبق يقول إلى إمكانية الإصابة باضطراب النساوه أو فقدان الذاكرة. (Kaplan, H., SADock, B., 1996)

ثانيًا: الأسباب النفسية:

تلعب الأسباب النفسية أدوارًا مؤثرة، وجد هامة في إمكانية الإصابة باضطراب أو أكثر من الاضطرابات الإنفصالية؛ خاصةً تعرض الفرد للعديد من أنواع الضغوط التي قد تفوق قدرته على تحملها، وكذا استمرار هذه الضغوط دون أن يصدر عن الفرد ما يشير إلى إتخاذه خطوات لتخفيف حدة هذه الضغوط، و كذا المرور بالعديد من الصدمات النفسية التي تعقب تعرض الفرد للعديد من الكوارث. (محمود حمودة، ١٩٩١)


الفصل الرابع
المرأة
و اضطراب الفصام

المرأة واضطراب الفصام

محتويات الفصل

- المرأة واضطراب الفصام.
  - مدى انتشاره.
  - تعريف الفصام.
  - تاريخ موجز لكيفية التعريف والتشخيص لمرض الفصام.
  - تشخيص مرض الفصام.
- أعراض الفصام.
  - اضطرابات التفكير.
  - اضطرابات الإدراك.
  - اضطرابات الأنفعال.
  - اضطرابات الأنتباه.
  - اضطرابات الإرادة.
  - اضطرابات السلوك والخرافة وشذوذه.
- أنواع الفصام.
- أسباب مرض الفصام.

الفصل الرابع
المرأة واضطراب الفصام

الاضطرابات الذهانية (الفصام)
Schizophrenia

ينتمي مرض الفصام إلى الاضطرابات الذُهَّانية. والذُهَّان Psychosis يشير في معجم العلوم الإجتماعية إلى الآتي:

أ ـ الذهان إصطلاح في الطب النفسي والتحليل النفسي يشير إلى اضطراب نفسي خطير يصيب الشخصية بأسرها، فتضطرب علاقة المريض بعالمه اضطرابا شديدًا، وتختل إستجاباته الإنفعالية، كما قد تختل وظائفه العقلية إختلالا شديدًا، أو إختلالا محدودًا، وهو مصطلح مرادف للمرض العقلي (أو ما يعرف في المصطلح الشعبي الشائع الجنون).

ب ـ ويهتم الطب النفسي بالوصف الدقيق لأعراض الذهان ولمختلف فئاته، وأن الذهان ينقسم إلى مجموعتين رئيسيتين:

١ ـ الذهان العضوى: ويتميز بوجود إصابات أو تلف عضوي بالمراكز العصبية العليا (المخ). ومن أبرز أمثلته الشلل الجنوني الذي ينشأ من إصابة بالزهري.

٢ ـ الذهان الوظيفي: حيث تم اكتشاف العديد من مظاهر الاضطراب والخلل التي تطرأ على الوظائف النفسية. ومن أبرز امثلته: الفصام.

ج ـ فى حين أن التحليل النفسي ـ كمثال ـ يهتم بالتفسير الديناميي للذهان بوصفه سلوكًا ذا معنى ودلالة كالحلم والعصاب تمامًا. ولذا نجد العديدمن المفاهيم التحليلية التي تحاول سد أغوار هذه الظاهرة مثل: الإسقاط، الميل الجنسي الكامن، السادية الغمية ..... إلخ.

(مصطفى زيور، ١٩٧٥، ٢٧٩ ـ ٢٨٠)

تتميز الاضطرابات الذهانية بالأعراض الآتية:

١ ـ اضطراب واضح في السلوك بعيدًا عن طبيعة الفرد من إنطواء، إنعزال، إهمال في الذات والعمل، والإهتمام بأشياء بعيدة عن طبيعتة الأصلية.

٢ ـ تغير في الشخصية الأصلية، واكتساب عادات وتقاليد وسولك تختلف عن الشخصية الأولى.

٣ ـ تشوش في محتوى ومجرى التفكير وأسلوب التعبير عنه.

٤ ـ تغير الوجدان عن سابق أمره.

٥ ـ عدم إستبصار المريض بعلته، فلا يشعر بمرضه وبالتالي يرفض العلاج.

٦ ـ اضطراب في الإدراك مع وجود الضلالات والهلاوس.

٧ ـ البعد أو الإنفصال عن الواقع والتعلق بحياة منشؤها اضطراب تفكيره.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

<u>ومن أشهر الاضطرابات الذهانية: الفصام...</u>

مدى إنتشاره:

- تتراوح نسبة حدوثه بين ١٪ و ١.٥٪ في شتى أنحاء العالم، في حين نجد البعض يرفع هذه النسبة ما بين ٨٥. ـ ٣٪ من المجموع العام لأي شعب.
- أكثر إنتشارًا في المدن منه في الريف.
- يزداد حدوثه في الدول الصناعية المتقدمة اكثر من غيرها من الدول التي لها أنشطة إقتصادية أخرى.
- يتساوى ظهور الفصام في الذكور والإناث وإن كان في عالمنا العربي يكون لدى الإناث أكثر.
- يظهر في العادة من سن ١٥ إلى ٣٥ عامًا، حيث تبدأ ٥٠٪ من حالاته قبل سن الـ ٢٥ عامًا. ويندر ظهوره قبل سن العاشرة أو بعد سن الأربعين.

- يصيب الذكور في سن أصغر مقارنةً بالإناث، ومع التقدم في السن تكون نسبة الإناث المصابات بهذا الإضطراب أكبر من الذكور.
- يزداد إنتشاره في الطبقات الإجتماعية الدنيا، مما دعا إلى ظهور ما يسمى بغرض الإنحدار Downward Drift Hypothesis، والذي يؤمن أنصاره بأن مرضى الفصام ينتمون لأي طبقة إجتماعية في بداية الأمر، ولكن نتيجة للتدهورات التي تحدث في مختلف مكونات الفرد؛ فإن ذلك يستتبع بالضرورة إنحدارًا في الطبقة والمستوى الإجتماعي الذي يحيا فيه الفرد، في حين أن البعض الآخر (يحلل) الظروف الإجتماعية، والإقتصادية والثقافية وظروف المعيشة والسكن لدى الطبقات الفقيرة، ويجعلها المهد والأساسي والمنطلق لظهور الفصام. وأن الإزدحام في السكن، يقود — بدوره — إلى إنتشار العديد من الإنحرافات السلوكية المميزة لسكان هذه المناطق (جريمة ـ بغاء ـ مخدرات ـ ...... إلخ). ولذا فإن الإصابة بمرض الفصام قد تكون ناتجة من هذه الظروف، أو متفاعلا معها.
- توصلت الدراسات إلى أن الإصابة بالفصام تكثر في بعض فصول السنة حيث تزداد نسبة حدوثه في الشتاء وبداية الربيع وتحديدًا بين شهر يناير وإبريل في نصف الكرة الشمالي، وبين يوليو وسبتمبر في نصف الكرة الجنوبي.
- وفيما يتعلق بعدد الحالات الفصامية المترددة على العيادات النفسية للعلاج في أمريكا على سبيل المثال وجد إنخفاضًا في عدد حالات الفصام المترددة على أقسام المستشفيات الداخلية بنسبة تتراوح بين ٤٠و٥٠٪ من عام ١٩٦٥ حتى عام ١٩٧٥.
- ويعالج — أيضًا في أمريكا — ما يقارب الـــ٨٩٪ من مرضى الفصام في العيادات الخارجية في الوقت الراهن.
- وأن تكلفة علاج مرضى الفصام (فقط في أمريكا على سبيل المثال لا الحصر) تصل إلى حوالي (١٠٠) مليار دولار في العام.
- في حين وجد في مصر أن المرضى المترددين على العيادات الخارجية حوالي ١٥,٣٪ من حالات الفصام (كافة الأنواع) وبالطبع تختلف هذه النسبة عن إحصائيات المستشفيات العقلية، نظرًا لأن الأخيرة تستقبل حالات منتقاه من الذهان. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تعريف مرض الفصام:

أ ـ في علم النفس: يعرف في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي كالآتي:

"الفصام مرض عقلي يصنف ضمن فئة الأمراض النفسية المعروفة بالذهان، ويعد أكثر الأمراض الذهانية إنتشارًا. وهذا المرض يمزق العقل ويصيب الشخصية بالتصدع فتفقد بذلك التكامل والتناسق الذي كان يوائم بين جوانبها الفكرية والإنفعالية والحركية والإدراكية. وكأن كل جانب منها أصبح في واد منفصل ومستقل عن بقية الجوانب الأخرى. ومن هنا تبدو غرابة الشخصية وشذوذها. ومن هنا أيضًا اشتق اسم امرض حيث يشير إلى أي جوانب الشخصية المختلفة تصبح مفصومة بعضها عن بعض، وتفقد بهذا وحدتها وتماسكها وتكاملها".

ولحالات الفصام طائفة من الخصائص المميزة والمشتركة عادة أبرزها هو البلاده الإنفعالية، والتفكك في ترابط السلوك ومدى مناسبته للموقف.

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣)

ب ـ في الطب النفسي:

"الفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييرًا عميقًا من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم، بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدي إلى تبني أساليب حياتيو لا تتسق مع الواقع" (سيلفانو أريتي، ١٩٩١، ٢٢)

تاريخ موجز لكيفية التعرف والتشخيص لمرض الفصام:

هناك عدة محاولات أمكن من خلالها التعرف على مرض الفصام، وفيما يلي نُقدم موجزًا لهذه المحاولات.

أ - يعد الطبيب النفسي البلجيكي (بينديكت موريل Morel.B) أول من وصف الفصام رسميًا حي أطلق عليه مسمى " الخرف المبكر"، وكان هذا عام ١٨٥٢م.

ب - ثم جاء بعد ذلك الطبيب النفسي الألماني (إميل كريبلين Kraeplin.E) والذي أطلق على مجموعة من الأمراض التي تظهر في سن المراهقة. أطلق عليها اسم الخرف المبكروكان هذا عام ١٨٩٦. إلا أن الجديد الذي قدمه - إنزال - هو مجموعة من المعايير التي يتم الإستناد إليها في تشخيص هذا (الخرف المبكر - عكس الحال مع موريل).

<u>معايير اميل كريبلين لتشخيص مرض الخرف المبكر:</u>

- اضطراب الإنتباه والقدرة على الفهم.
- الهلاوس (خاصةً الهلاوس السمعية).
- سماع المريض لأفكاره.
- ضحالة الإنفعالات بل وجمودها وأحيانًا عدم مناسبتها للموقف.
- إختلال الوظائف المعرفية خاصةَ الحكم الصائب على الأمور.
- شعور المريض - بل وإعتقاده - بأن هناك قوى خارجية تسيطر على أفكاره.
- إختلال محتوى التفكير (ويمكن رصد أكثر من محور ودلالة في هذا الأمر).
- رصد العديد من السلوكيات المرضية مثل: إنخفاض الدافعية، المحاكاة، التفعيل، التهيج الكتانوني، النمطية ..... إلخ.

ج - يعد الطبيب السويدي "يوجين بلويلر Bleuler,U " أول من أطلق اسم الفصام أو (العقل المشطور) على هذا المرض. وكان هذا عام ١٩١١. وكان يرى بضرورة أن يتم التشخيص وفقًا للعديد من الاضطرابات الأساسية وهى:

اضطرابات جوهرية:

- اضطراب التفكير.
- اضطراب الإنفعال.
- الاضطراب الذاتي أو الشعور بالذات.
- اضطراب الإرادة.
- ثنائية الوجدان.
- الذاتوية (أو الإنكفاء على الذات دون أخذ الآخر في الإعتبار).

اعراض إضافية:

- اضطراب الإدراك الحسي (الهلاوس بمختلف أشكالها).
- الضلالات.
- اضطراب الذاكرة (سواء للأحداث القريبة أو البعيدة).
- تغير نمط الكلام والكتابة.
- وجود العديد من الأعراض الجسمية.
- وجود العديد من الأعراض الكتانونية.

أ ـ والمعايير السابقة تقريبًا قد ذكرها "كورت شنابد Schender.Q" وإن إختلفت أسس الترتيب؛ حيث يركز بدايةً على الهلاوس السمعية، وصولا إلى ما يسميه بالإفلاس أو الفقر الإنفعالي.

ب ـ إن المحاولات السابقة والرائدة قد جعلت الأبحاث والملاحظات تتزايد حول هذا المرض العقلي، والذي أدرج ضمن معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الأمريكي.

تشخيص مرض الفصام:

سوف نعتمد في هذا الحيز على المعايير التشخيصية التي ذكرت في الدليل التشخيصي الرابع الأمريكي.

معايير تشخيص الفصام وفقاً للدليل التشخيصي الرابع:

١ ـ وجود ضلالات.

٢ ـ وجود هلاوس.

٣ ـ تفكك الكلام (مثل إنحراف مسار التفكير، وعدم ترابط الكلام).

٤ ـ تفكك السلوك بصورة جسيمة أو ظهور السلوك الكتاتوني.

٥ ـ ظهور العديد من مظاهر السلوك والأعراض السالبة مثل: ضحالة الإنفعال، عدم مناسبته للموقف، إفلاس وفقر الفكر، فقدان الإرادة.

ملحوظات:

أ ـ لابد من توافر اثنين من الأعراض السابقة (أو أكثر، لكي يشخص الفرد في هذه الفئة).

ب ـ أن تستمر الأعراض فترة من الوقت لا يستهان بها خلال مدة هر واحد، إذا عولج المريض بنجاح.

ج ـ وجود أكثر من صورة من صور إختلال الوظائف الإجتماعية والمهنية مثل:

- تدني مستوى الأداء في مجال رئيسي واحد أو أكثر بصورة جسيمة مثل: (العمل، العلاقات الإجتماعية، رعاية الذات) مقارنةً بالمستوى والمظهر السابق على ظهور الأعراض.

د ـ إستمرار علامات المرض لفترة ستة أشهر على أقل تقدير على أن تشمل تلك الفترة أعراضاً مستمرة لمدة شهر واحد على الأقل (أو مدة أقل إذا عولج المريض بنجاح).

هـ ـ أن تكون هذه الأعراض نشطة.

و ـ استبعاد الفصام الوجداني واضطرابات الوجدان المصحوبة بالأعراض الذهانية للأسباب الآتية: ـ

- عدم مصاحبة أعراض إكتئاب أو هوس أو أعراض مختلفة لأعراض المرض النشطة للفصام.
- أو: في حالة ظهور أعراض اضطراب وجداني أثناء مرحلة الأعراض النشطة تتصف مدتها الإجمالية بالإقتضاب عند مقارنتها بمدة إستمرار الأعراض النشطة أو المتبقية عن المرض.
- إستبعاد سوء إستخدام المواد المخدرة أو الإصابة باضطراب الذاتوية في الطفولة، أو قصور النمو، لا يضاف تشخيص الفصام إلا عند توافر ضلالات أو هلاوس بارزة بالإضافة إلى أعراض الاضطراب الأصلي بصورة مستمرة، لمدة لا تقل عن شهر (أو أقل عند النجاح في علاج المريض).(DSM IV, 1994)

أعراض الفصام:

يمكن تلخيص أعراض الفصام بصورة عامة في المظاهر والعلامات الآتية:ـ

١ ـ اضطرابات التفكير Thinking Disorders:

وتنقسم إلى الاضطرابات الآتية:

أ ـ اضطراب في التعبير عن التفكير.

ب ـ اضطراب في مجرى التفكير.

ج ـ اضطراب التحكم في التفكير.

د ـ اضطراب محتوى التفكير.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

٢ ـ اضطراب الإدراك Perceptual Disorders:

وتأخذ المظاهر الآتية:ـ

أ ـ إدراك أشياء لا وجود لها في الواقع مثل الهلاوس " Hallucination"، حيث يحس الفرد أحاسيس ليست لها تنبيهات حقيقية (وتكون هلاوس سمعية، بصرية، شمية، لمسية ،تذوقية).

ب ـ سوء التأويل "Illusions"، حيث تدرك الأشياء الموجودة في الواقع ليست كما هي موجودة بالفعل؛ بل يدركها في صورة أو أكثر وبصورة محرفة بحيث يتفق هذا التحريف مع حالته النفسية. (فرج طه، ١٩٧٩)

٣ ـ اضطراب الإنفعال Emotion Disorders:

ويأخذ المظاهر الآتية:

أ ـ عدم إتساق الإنفعال مع المواقف الخارجية (حيث يفرح في المواقف التي لا تستدعي ذلك).

ب ـ التبلد الإنفعالي وعدم مبالاته بكافة الأحداث التي تقع في نطاق البيئة التي يعيش فيها.

ج ـ عدم ثبات الإنفعال: حيث نجد الفصامي عرضه لحالات وقتية وذبذبات إنفعالية مستمرة أو متكررة، وقد ينتقل من حالة إنفعالية إلى حالة إنفعالية مناقضة تمامًا وبدون إستغراق وقت طويل.(محمد حسن غانم وآخرون، ٢٠٠٣)

٤ ـ اضطراب الإنتباه Attention Disorders:

ويأخذ المظاهر الآتية:

أ ـ سهولة تحول إنتباه الفرد من موضوع لآخر بالرغم من محاولة تركيز إنتباهه على الموضوع الأول.

ب ـ تبلد الإنتباه بحيث يصعب أن يستثار إنتباه الفرد نحو موضوع معين.

ج ـ الدخول في حالات من الهذيان والذهول، والتي تقلل من قدرة الفرد على الإنتباه للمواقع المحيطة به.

د ـ الدخول في حالة غيبوبة Comatose حيث يفقد الشخص وعيه بما يحيط به، ويكاد يستحيل على امنبهات الخارجية جذب إنتباهه إليها واستجابته لها وإستثارتها إياه.(فرج طه، ١٩٧٩)

٥ ـ اضطراب الإرادة Volition Disorder:

ويأخذ المظاهر الآتية:

أ ـ عدم القدرة على المبادرة بوضع الخطط.

ب ـ عدم القدرة على ممارسة الأنشطة.

ج ـ الإفتقاد إلى المعنى والهدف.

د ـ الإفتقاد إلى القدرة على المثابرة لحل أي مشكلة.

هـ ـ السلبية التامة.

و ـ قد يعتقد بوجود قوى خارجية تسيطر على سلوكه، (وأنه لا حول له ولا قوة).(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

٦ ـ اضطرابات السلوك وانحرافه وشذوذه Behavioral Perversions, Abnormalities:

ويأخذ المظاهر الآتية:

أ ـ إنحراف السلوك وخروجه عن المألوف.

ب ـ قد يرتكب العديد من صور وأنواع الجرائم.

ج ـ قد يقدم على العديد من صور الإنحرافات الجنسية Sexual Perversions، والتي تتمثل في أن يحقق الشخص إستمتاعه الجنسي بشكل أساسي عن غير الطري السوي.

د ـ ويدخل ضمن إنحرافات السلوك وشذوذه: اضطرابات النطق، والكلام، والتردد، وإرتعاشات بعض أجزاء الجسم، وإتيان أفعال حركية لا معنى لها، ومع ذلك يجبر على تكرارها.(فرج طه، ١٩٧٩)

أنواع الفصام:

تتعدد التصنيفات التي قدمت للفصاك، ومنها:

١ ـ الفصام الهذائي Paranoid Schizophrenia:

ويتميز بوجود هذاء وأفكار وامعتقدات غير واقعية ـ منظم وثابت مع إحتفاظ الشخصية عادةً بإمكانياتها العقلية، أو أن محور تصرفات المريض تدور حول هذا الهذاء الذي يعتقه، والذي لا يشك للحظة في واقعيته وصدقه. أما عن الأفكار الهذائية التي يعتقها الشخص فهي كثيرة ويمكن حصرها في فئات شائعة ثلاث هي: ـ

- هذاء العظمة Delusion Of Grandeur.
- هذاء الإضطهاد Delusion Of Persecution.
- هذاء الغيره Delusion Of Jealousy. (فرج طه، ١٩٧٩)

تشخيص الفصام البارانويدي:

١ ـ فرط الإنشغال بضلالات منشقة مع كثرة ظهور الهلاوس السمعية المتعلقة بموضوع واحد فقط.

٢ ـ عدم ظهور أي عرض من الأعراض الآتية.

- عدم ترابط الكلام.
- تفكك أواصر التفكير.
- ضحالة الإنفعال.
- عدم توافق الإنفعال مع التفكير.
- عدم توافق الإنفعال مع المواقف.
- السلوك الكتانوني.
- تفكك السلوك وعدم ترابطه بشكل جسيم.(DSM IV,1994)

ب ـ الفصام المفكك Disorganized Schizophrenia:

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني.وقد يميل المريض في هذا النوع من الفصام إلى الإكتئاب البسيط؛ إلا أن الحالة المزاجية في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجداني المتطرف ما بين الحزن والفرح. إضافةً إلى أن الإنفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال، إضافةً إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط.(سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

تشخيص الفصام المفكك:

١ ــ عدم ترابط اكلام، تفكك أواصر التفكير بصورة شديدة أو فرط تفكك السلوك.

٢ ـ ضحالة الإنفعال، وعدم توافقه مع المواقف والتفكير.

٣ ـ لا تنطبق عليه معايير تشخيص النوع الكتانوني.(DSM IV, 1994)

ج ـ الفصام الكتاتوني Catatonic Schizophrenia:

ويبدأ هذا النوع من الفصام في سن متأخرة بين ٢٠ ــ ٤٠ سنة، ويتميز باضطرابات الحركة. وأهم أعراض الاضطرابات الكتاتونية والتي تأخذ المظ اهر الآتية: السبات والذهول والغيبوبة الكتاتونية، الهياج الكتاتوني، السلبية المطلقة، المداومة على حركة أو وضع معين، الطاعة العمياء أو الأوتوماتيكية، المداومة على الحركات المشابهة، اضطراب الكلام، اضطرابات جسمية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تشخيص الفصام الكتاتوني:

١ ـ الذهول أو الخرس .

٢ ـ السلوك السلبي.

٣ ـ التصلب أو الجمود أو عدم المرونة.

٤ ـ إتخاذ الجسم أوضاعًا غريبة.

٥ ـ المراددة و المحاكاة.(DSM IV, 1994)

د ـ الفصام غير المتميز Undifferentiated schizophrenia:

وهي حالات ذهانية تشتوي في الشروط العامة للفصام ولكنها لا تنطبق على أي نوع من الأنواع المذكورة (في باقي أنواع الفصام)، وتعكس السمات الخاصة بأكثر من نوعواحد منها دون بروز واضح لأي مجموعة من المميزات التشخيصية لواحد منها بالذات، ويستخدم هذا الرمز للحالات الفصامية فقط (بمعنى أنه يستبعد الفصام المتبقي وإكتئاب ما بعد الفصام).(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تشخيص الفصام غير المميز:

١ ـ ضلالات بارزة، هلاوس، عدم ترابط الكلام والسلوك غير المترابط وبصورة جسيمة.

٢ ـ لاتنطبق عليه معايير الفصام الهذائي أو الكتاتوني أو الفصام المفكك.(DSM IV, 1994)

ر ـ فصام متبقي Residual schizophrenia:

ويعد هذا النوع من الفصام مرحلة مزمنة في مسار تطور المرض الفصامي تم فيها إنتقال واضح من مرحلة أولية إلى مرحلة ثانوية تتميز بأعراض وإختلالات سالبة طويلة المدى، وإن ليست بالضرورة غير معكوسة الإتجاه (بطء نفسي حركي، قلة نشاط، تبلد في الوجدان، سلبية وإفتقاد إلى المبادرة، فقر في كمية أو مضمون الكلام، فقر في التواصل اللا لفظي من خلال تعبيرات الوجه، إنخفاض في مستوى الأداء الإجتماعي). (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تشخيص الفصام المتبقي:

١ ـ عدم وجود ضلالات بارزة، أو هلاوس، أو عدم ترابط الكلام، أو السلوك غير المترابط بصورة جسيمة.

٢ ـ وجود ما يفيد إستمرار الاضطراب من خلال عرضي أو إثنين من أعراض تخلف المرض.(DSM IV, 1994)

هـ ـ الفصام البسيط Simple Schizophrenia:

مصطلح يشير إلى نوع من الفصام يبدأ بصورة تدريجية، حيث يفقد المريض الدافعية والطموح، ولا تظهر عليه أعراض ذهانية صريحة، ولا يعاني من الهلاوس والضلالات، وعرضه الرئيسي إنزواء المريض وإبتعاده عن المواقف الإجتماعية والعمل، ولا يتضمن الدليل الرابع هذا النوع.(Kaplan,H., Sadock, B, 1996)

وإن كانت المعلومات الطبية عن هذا النوع من الفصام قد أشارت إلى الآتي: ـ

- أن هذا النوع من الفصام من أصعب الأنواع تشخيصًا نظرًا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تفرقته عن بعض الأمراض واضطرابات الشخصية.
- يبدأ في سن مبكرة ما بين ١٥ ـ ٢٠ سنة.
- يزحف ببطء وتدريجيًا حتى ينتهي إلى التدهور التام للشخصية.
- يتميز باضطرابات الوجدان والإرادة والفكير.
- ينتشر هذا النوع من الفصام بين أقرباء مرضى الفصام، وبين موظفي الدرجات السفلى، وبين المدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيًا.
- ولذا يجب أخذ الإنطواء والإنعزال وفقد الإهتمامات بحذر شديد حتى لا يكون بداية لمرض الفصام البسيط (أحمد عكاشة، ١٩٩٨) (سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

أسباب مرض الفصام:

تتعدد أسباب مرض الفصام، ويمكن حصرها في: ـ

أولا: العوامل البيولوجية:

أ ـ **الوراثة:** نشأ الإعتقاد بأن للفصام أساسًا وراثيًا من ملاحظة إرتفاع معد حدوثه في عائلات معينة دون أخرى، وتمت ملاحظة ذلك على مدى ثلاثة

أجيال. فإذا كان أحد الأبوين أو أحد الإخوة قد أصيب بالفصام؛ فإن نسبة حدوثه بين باقي الأفراد تتراوح بين ٤ ـ ١٠٪ (سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

ولذا فإن بحوث الوراثة ترجح ن الفصام يورث عبر جينات متعددة، كما يتضح من دراسة التوائم ومن دراسات التبني، ومما يدعم هذا الإعتقاد أن الفصام ينتشر بين أقارب الدرجة الأول للمريض حوالي ١٠ إلى ١٢٪، وأن نسبة إنتشاره بين أبناء الأبوين المصابين بهذا المرض قد وصل إلى ٥٠٪.

(Kaplan,H., Sadock, B, 1996)

ب ـ عوامل بيولوجية: ويمكن تقديم العديد من الأدلة العلمية من خلال: ـ

١ ـ **فرض النوأدرينالين:** حيث وجدت الأبحاث أن زيادة نشاط هذا الناقل في الفصام يؤدي إلى زيادة حساسية الجهاز العصبي للمثيرات الحسية الواردة من البيئة.

٢ ـ **فرض حامض أمينوبيوتريك:** حيث يؤدي إنخفاض نشط هذا الناقل إلى زيادة الدوبامين.

٣ ـ **فرض الدوبامين:** حيث وجدت الدراسات والملاحظات أن أعراض الفصام تعود إلى زيادة حساسية مستقبلات ناقل الدوبامين العصبي، أو زيادة نشاط هذا الناقل في المخ. وبين العلماء الآن إعتقاد مؤداه أن المسارات الدوبامينية الخاصة بمنتصف لحاء قشرة المخ وبالفص الطرفي تلعب دورًا جد هام في الفصام وحدوث أعراضه.

٤ ـ **فرض السيروتوين:** حيث تمت ملاحظة ان ناقل السيروتونين يتخذ مسارًا غير طبيعي في بعض مرضى الفصام المزمن. حيث تفيد بحوث بإنخفاض نسبته في الدم، وبحوث أخرى تؤكد إرتفاع

نسبته في الدم والمهم أن هذه الأبحاث (رغم إختلافها) قد أكدت حقيقة وجود إختلالات في الوظيفة.

٥ـ مواد مهلوسة: حيث رأى البعض أن بعض المواد الأمينية الموجود أساسًا في الجسم تتحول إلى مواد تسبب الهلاوس من خلال عمليات تمثيل كيميائي غير طبيعية. بيد أن هذا الفرض يحتاج إلى مزيد من التجارب للتدليل على مثل هذا الإفتراض.

(ديفيد. هملس، ٢٠٠٠، ص ص ٣٨٠ ـ ٣٥٨)

ثانيًا: أسباب نفسية:

بالرغم من حديثنا هنا عن الأسباب النفسية إلا أن العوامل البيولوجية والوراثية لا يجب ان تغيب عنا لأن الأسباب النفسية غير السوية وحدها لا تؤدي الى الفصام مالم تكن هناك تهيئة بيولوجية. إضافةً إلى ضرورة الأخذ في الإعتبار أن العوامل البيولوجية ليست علة كافية للفصام مالم تؤازرها سلسة من الظروف النفسية غير المواتية. ويلخص سلفانو أريتي تاريخ أو بدايات الإصابة في الفصام من خلال أربعة مراحل هي:

المرحلة الأولي: وهي مرحلة الطفولة الباكرة حيث يعيش المريض بكثافة إنفعالية داخل أوضاع أسرية يخبرها بقوة بالغة وعلى نحو غير سوي.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة الطفولة المتأخرة فغالبًا ما يكتسب المريض خلالها نمطًا خاصًا من الشخصية مالم يتم تصحيحه على نحو ما وأخذ تلك الأنماط هو النمط الشيذودي (الإنطوائي)، حيث يتوقع الشخص علاقات غير مُرضية مع الآخرين فيصبح ميالا للعزلة، وأقل إنفعالا، وأقل إهتمامًا وإندماجًا مع الآخرين.

المرحلة الثالثة: تبدأ عادة مع المراهقة. حيث يتبع الفرد ميكانيزمات تمليها عليه طبيعته الإنعزالية. فيتتع الآخري في صمت، ويظل شخصًا منعزلابلا صاحب مع العديد من مشاعر اليأس وأنه لا أمل في المستقبل ويدرك صورة الذات (كشيء مدمر).

المرحلة الرابعة: وهي المرحلة التي يتجلى فيها المرض بصورة غير الكلينيكية الصريحة ، فتتقطع الروابط بين المريض والواقع وينسحب منه بطريقة لافتة للنظر بل ويصبح العالم مرعبًا والخطر يتهدده في كل مكان. ولا سبيل أمامه للهروب.(سيلفانو أريتي، ١٩٩١)

ثالثًا: الأسباب الإجتماعية ـ الثقافية:

حيث يركز أصحاب هذه النظرية على العوامل الإجتماعية. وقد تم التوصل إلى بعض الخطوط الرئيسية في هذا الصدد حيث تتميز عائلة مرضى الفصام المزمنين بالآتي:

أ ـ يعاني الوالدين أو إحداهما من الذهان أو من الحد الفاصل للذهان.

ب ـ تتميز علاقة الأبوين بالطفل بالتكافل الطويل المدى.

ج ـ يعيش الأب والأم في حالة طلاق عاطفي مع إعوجاج واضح في الحياة الزوجية.

د ـ وجود الأشخاص في عائلات يبدو الإكتئاب بينها واضحًا إستجابة لخسارة أو فقدان عزيز.

هـ ـ ولذا فإن الأسر الفصامية تنجب أطفالا فصاميين عكس الحال فى الأسر السوية. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)


الفصل الخامس
المرأة
و اضطرابات الوجدان

المرأة واضطرابات الوجدان

محتويات الفصل

المرأة واضطرابات الوجدان

- مدى انتشار الاضطرابات الوجدانية.
- حقائق عن الإضطرابات الوجدانية
- تعريف الإضطرابات الوجدانية.

أ- تعريف علم النفس.

ب- تعريف الطب النفسي.

- تصنيف الاضطرابات الوجدانية.

أولاً: الاكتئاب الجسيم وأنواعه وتشخيصة وأنواعه.

ثانيًا: اضطراب عسر المزاج.

ثالثًا: اضطراب الهوس: تعريفه وتشخيصه وأنواعه.

رابعًا: اضطرابات إذدواج القطبية: الأنواع – محكات تشخيصية

أولاً: أسباب بيولوجية.

ثانيًا: أسباب نفسية ـ اجتماعية.

الفصل الخامس

المرأة واضطرابات الوجدان

اضطرابات الوجدان أو المزاج

Mood Disorders

مدى إنتشار الإضطرابات الوجدانية:

تعد اضطرابات الوجدان (المزاجية أو الإنفعالية) من أكثر الاضطرابات شيوعًا، وهي مسئولةعن كثير من المعاناة والآلام النفسية. ويكفي القول أن ٥٠ ـ ٧٠٪ من محاولات الإنتحار الناجحة بين المجموع العام سببها الإكتئاب. ومن العسير تحديد نسبة إنتشار هذا المرض نظرًا لأن الحالات البسيطة تشفي تلقائيًا ولا تتردد على الأطباء.

وعلى سبيل المثال: تقدر منظمة الصحة العالمية في دراستها المسحية للإكتئاب في العالم: أن هناك ما لا يقل عن ١٠٠ مليون شخص يعانون من الإكتئاب وفي مناطق متعددة. وأن هذا العدد من المصابين بالإكتئاب يؤثر فيما لا يقل عن ثلاثة أضعاف هذا العدد في الآخرين الذين يتعاملون أو يتواجدون معه.(155 ـ Sartorius, 1993, pp: 147)

كما أن هذه الاضطرابات تنتشر بصورة كبيرة في عالمنا العربي. فعلى سبيل المثال وجد أحمد عكاشة: أن نسبة الاضطرابات الوجدانية الخاصة الاضطرابات الإكتئابية إقتربت كثيرًا بين الريف والحضر وتلاشت الإختلافات حيث وجد نسبة الأعراض الإكتئابية بين مجموع الشعب في مجموعة ريفية حوالي ٣٦٪ مقارنةً مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢٪. أما الاضطرابات الوجدانية فتراوحت نسبتها ما بين ٤ ـ ٧٪ من هذه العينة. (أحمد عكاشة، ٣٦٢، ١٩٩٨)

وقد وجد عبد الستار إبراهيم إنتشار العديد من مظاهر الاضطرابات الإكتئابية بين أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية بما في ذلك: الميل إلى اللوم الذاتي (٦٥٪)، والشعور بالعجز (٥٢٪)، فقدان الشهية (٤٩٪)، إضطربات النوم (٣٨٪). وبالمثل فقد عبر أفراد كثيرون من نفس العينة عن أعراض أخرى ذات متضمنات مرضية منها: العجز عن التركيز (٥٤٪)، الخجل الشديد (٥٣٪)، التشنج عندما تثور اعصابهم (٤٢٪)، والصعوبات الدراسية (٣٣٪). (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٣٧)

كما أن التقارير الطبية والكلينيكية تؤكد إنتشار هذه الاضطرابات في كثير من دول العالم (بغض النظر عن محك التقدم من عدمه). فقد وجد عكاشة أن نسبة الاضطرابات الوجدانية بين مرضى النفوس في مصر تصل إلى ٢٤٫٥٪ نوزعة كالآتي:

- ١٩٫٧٪ إكتئاب تفاعلي (عسر المزاج).
- ٨٫٦٪ ذهان المرح الإكتئابي (اضطراب وجداني ثنائي القطب).
- ٥٫٢٪ إكتئاب سن اليأس (نوبة إكتئابية متأخرة).(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٦٢)

حقائق حول الاضطرابات الوجدانية:

١ـ لوحظ أن هذه الاضطرابات يزيد إنتشاره بين الطبقات المثقفة مقارنة بالطبقات التي لا يسود فيها الثقافة.

٢ـ لوحظ أن هذه الاضطرابات يزيد إنتشارها بين الطبقات العليا (ذات المستوى الإقصادي ـ الإجتماعي المرتفع عكس الحال في الطبقات الدنيا والتي يسود فيها مرض الفصام).

٣ ـ تتزايد نسبة الاضطرابات الوجدانية بين النساء أكثر من الرجال، وتصل النسبة إلى ٢:٣ ويؤول ذلك بأن النساء يقبلن العلاج النفسي أكثر من الرجال.

٤ ـ وجدت العديد من الدراسات أن حوالي ¾ مرضى الذهان الوجداني يتميزون بالشخصية النوابية قبل المرض (والتي تتميز بسمات نفسية ـ وجدانية، وجسمية، حيث يميل الجسم إلى البدانة مع غلظ وقصر الرقبة ودوران الوجه وكبر البطن مع أطراف ضعيفة إلى حد ما).

٥ ـ يرى البعض أن الشخصية النوابية ما هي إلا محك من خلاله الإرتكان إلى حقيقة (إحتمال) إصاب الفرد بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب.

٦ ـ يتنبأ الكثير من العلماء بزيادة هذه الاضطرابات مستقبلا؛ نظرًا للعديد من العوامل الإجتماعية والإقتصادية، والتي تقود بدورها إلى زيادة الضغوط، واضطراب القيم، والتي تنعكس بلا شك على نفسية الفرد فتصيبه بهذا الاضطراب.

تعريف الاضطرابات الوجدانية:

أ ـ تعريف علم النفس للاضطرابات الوجدانية:

يقصد به عدم مناسبة الإنفعال ـ سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه ـ للموقف الذي يعايشه الفرد، وعلى هذا فسوف نجد العديد من الاضطرابت الإنفعالية منها: الاضطراب الهوسي وفيه يبدو الشخص مرحًا، متفائلا، سعيدًا، مرتفع الروح المعنوية وهناك الاضطراب المناقص والذي يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدوا الشخص حزينًا مهمومًا، متشائمًا يائسًا من الحياة وقد تتناوب الحالتان السابقتان على نفس الشخص؛ فيبدأ بنوبة من الهوس تعقبها نوبة من الإكتئاب المباشر، أو قد تفصل بين النوبتين فترةمن الشفاء، أو قد يبدأ نوبة من الإكتئاب تليها نوبة الهوس وهكذا.

كما أن هناك عرضًا آخر من اضطرابات الوجدان يتمثل في: عدم الإستقرار الإنفعالي Emotional instability، ويتمثل في ضعف سيطرة الشخص على إنفعالاته بحيث يستثيرها أضعف المثيرات. كذلك تعد البلادة الإنفعالية Emotional Hebetude نوعًا من الاضطرابات الوجدانية، حيث تبدو إنفعالات الشخص متبلدة إزاء ما يسمع أو يرى من أحداث.(فرج طه، ١٩٧٩، ٧١ ـ ٧٢)

ب ـ تعريف الطب النفسي:

يعرف اضطراب الوجدان بأنه نبرة إنفعالية مسيطرة تمتد من الحزن إلى الإنتعاش، وما بينهما من درجات متفاوتة من الإنفعال. وتتصف اضطرابات الوجدان بظهور مشاعر إكتئاب أو إنتعاش غير سوية تصحبها سمات ذهانية في بعض الحالات الشديدة. وتنقسم إلى اضطرابات مزدوجية القطبية (Bipolar) وأخرى إكتئابية.(المرجع الحديث المترجم)

تصنيف الاضطرابات الوجدانية:

وتصنف إلى الاضطرابات التالية:

أولاً: اضطراب الإكتئاب الجسيم Major Depressive Disorder:

وهناك العديد من المعايير والمحكات التي يمكن الإستناد إليها في التشخيص: ـ

أ ـ معايير لتشخيص نوبة الإكتئاب الجسيم وفق الدليل الرابع:

ومن هذه الأعراض: ـ

١ ـ وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم (كما يؤكد ذلك المريض أو الأشخاص المحيطين به).

٢ ـ إنخفاض ملحوظ في الإهتمامات والشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام.

٣ ـ إنخفاض في الوزن بصورة كبيرة رغم عدم إتباعه نظام (ريجيمي) خاص، أو حدوث إزدياد في الوزن على أن تتجاوز الزيادة نسبة ٥٪ من وزن الجسم في الشهر الواحد.

٤ ـ الأرق و فرط النوم (المعاناة من صورة أو أكثر من صور اضطرابات النوم).

٥ ـ البطء الحركي أو الإفراط الحركي يوميًا على وجه التقريب.

٦ ـ سرعة الشعور بالإجهاد، وضعف النشاط يوميًا.

٧ ـ الشعور بالدونية، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف (قد يرقى إلى مستوى الضلالة) وذلك بصورة يومية.

٨ ـ ضعف القدرة على التركيز والتفكير، ووجود صعوبات في إتخاذ قرارات يومية.

٩ ـ كثرة الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده، ووجود أفكار إنتحارية متكررة دون خطة محددة، أو محاولة الإنتحار، أو التخطيط للإنتحار.

ملاحظات:

أ ـ لكي يشخص نوبة الإكتئاب الجسيم لابد من توافر خمسة أعراض أو اكثر من الأعراض السابقة.

ب ـ أن يعاني لشخص من هذه الأعراض لمدة أسبوعين متصلين.

ج ـ أن نلاحظ وجود تغييرات في قدرة المريض (مقارنةً بالسابق).

د ـ يشترط ألا تتطبق على الأعراض معايير نوبات الوجدان المختلطة.

هـ ـ يشترط أن تؤدي الأعراض إلى معاناة ظاهرة، أو تعطل في الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو غيرها من المجالات الأخرى.

و ـ يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء، أو نتيجة مرض جسمي عام (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية).

ز ـ ألا تنطبق على الأعراض معايير الفجيعة Bereavement، أي الحزن الناتج عن وفاة شخص محبب وقريب من نفس الشخص.(DSM IV, 1994)

ب ـ بيانات تستند إلى تاريخ الحالة:

إذ لابد من توافر الأعراض الآتية:

١ ـ العجزعن الإحساس باللذة Anhedonia .

٢ ـ الإنطواء، والإنسحاب تدريجيًا من محيط الأسرة والأصدقاء.

٣ ـ معاناة الشخص من العلامات والأعراض الجسدية الآتية: ـ

أ ـ فقدان الرغبة الجنسية.

ب ـ فقدان الشهية للطعام وبالتالي إنخفاض الوزن.

ج ـ زيادة الوزن الناتج من الشره للطعام.

د ـ إنخفاض في مستوى النشاط.

هـ ـ سرعة الشعور بالإجهاد.

و ـ اضطرابات الدورة الشهرية (لدى السيدات).

ز ـ المعاناة من اضطراب أو كثر من اضطرابات النوم. ويعد الإستيقاظ المبكر من النوم (أرق نهاية الليل) القاسم المشترك لدى مرضى الإكتئاب؛ حيث يعاني حوالي ٧٥٪ من مرضى الإكتئاب من أرق النوم أو فرط النوم.

د ـ الإمساك.

م ـ الصداع المستمر (دون سبب عضوي واضح).

٤ ـ أن الفحص النفسي لمريض الإكتئاب يوقفنا عى وجود العناصر التالية: ـ

أ ـ السلوك والمظهر العام للمريض: ويتضح من خلال العلامات الآتية: ـ

- البطء النفس حركي أو الفوران (الإفراط) النفس حركي.
- تجنب النظر في وجه المعالج (أو الآخرين الذين يتحدثون معه).
- سرعة البكاء.
- إنكسار الخاطر.
- عدم الإهتمام بالمظهر الشخصي الخارجي.

ب ـ الإنفعال: حيث تلحظ أن الشخص:

- مكتئب.
- عصبي.
- سريع الشعور بالإحباط.
- تنتابه حالة مستمرة من الحزن (دون إرتباط ذلك بأحداث خارجية).

جـ ـ الكلام: حيث نجد الآتي: ـ

- قليل.
- يندر أن يصدر تلقائيًا.
- مقتضب.
- فترات طويلة من الصمت.
- نبرته خافتة وناعمة ورتيبة.

د ـ محتوى التفكير: حيث نلحظ الآتي (إبان الفحص النفسي): ـ

- وجود قدر كبير من الأفكار الإنتحارية حيث تنتاب ٦٠٪ من مرضى الإكتئاب.

- يقدم ١٥٪ من مرضى الإكتئاب على الإنتجار.
- الإجترار الوسواسي.
- تغلغل مشاعر الدونية.
- سيطرة الشعور بالذنب.
- إنشغال دائم ومستمر ومكثف بإمكانية حدوث اضطرابات وقوقف في وظائف الجسم.
- فقر وضحالة في محتوى التفكير.
- وجود هلاووس وضلالات تدور في الغالب حول محاور العدمية، والفقر، والشعور بالذنب.

هـ - الوظائف المعرفية: حيث نجد:-

- تشتت الإنتباه.
- صعوبة في التركيز.
- شكوى مستمرة من ضعف الذاكرة.
- فقر في القدرة على التجريد.
- فقدان الإستبصار.
- ضآلة في الحكم على الأمور.

و - علامات ترتبط بفئات العمر: حيث وجدت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية وجود علامات معينة تميز فئات الإكتئاب وفقاً للفئة العمرية التي ينتمي إليها الشخص.

ز - إبان الطفولة: حيث نجد العلامات الآتية:-

- تسود الشكاوى الجسدية.
- الإفراط الحركي.

- الهلاوس السمعية ذات الصوت الواحد.
- المعاناة من مظهر أو أكثر من علامات القلق.
- المعاناة من مظهر أو أكثر من علامات المخاوف المرضية.

ج- إبان مرحلة المراهقة: حيث نجد العلامات الآتية: -

- سوء إستخدام المواد المخدرة.
- الهروب من المدرسة.
- العربدة الجنسية.
- الحساسية المفرطة - المرضية لأي إنتقادات من جانب الآخرين لسلوكياته.
- عدم الإستقرار.
- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المضادة للقيم وعادات وتقاليد المجتمع.
- متاعب دراسية (أو مهنية).
- عدم مراعاة النظافة الشخصية.

م- إبان مرحلة الشيخوخة: - حيث نجد العلامات التالية:

- فقدان الذاكرة.
- اضطراب الوعي.
- الخرف الكاذب أو خرف الكتئاب.
- تبلد الإنفعال إزاء الأحداث التاريخية.
- فرط تشتت الإنتباه.

ل ـ علامات أخرى يمكن من خلالها تشخيص نوبة الإكتئاب اجسيم:

- يصيب هذا المرض النساء أكثر من الذكور.
- تؤدي العوامل المرسية إلى المرضي في ٢٥٪ من الحالات.
- يتصف بتقلب الأعراض النهارية حيث تصبح أكثر سوءًا في الصباح الباكر.
- ظهور البطء أو الفورن النفس حركي تصحبه أعراض جسمية وضلالات متوافقة مع الوجدان.
- يصيب الأشخاص لأول مرة في سن الأربعين أو إن كان ظهوره في أية سن واردًا.
- تلعب العوامل الوراثية دورًا في حدوثه.

تصنيف الإكتئاب الجسيم: ويصنف إلى الفئات الآتية: ـ

ا ـ الإكتئاب المصحوب بسمات سوداوية Melancholic:

ويشخص وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع كالآتي: ـ

١ ـ شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كاف.

٢ ـ فقدان الشهية ونقص الوزن الشديد.

٣ ـ بطء حركي أو فرط حركي.

٤ ـ الإستيقاظ في ساعات مبكرة من الصباح (أي قبل موعد استيقاظه المعتاد بساعتين على الأقل).

٥ ـ يزداد الإكتئاب سوءًا في الصباح وبصورة منتظمة.

٦ ـ وجود علامة أو أكثر من العلامات التي تميز الوجدان المكتئب.

ملاحظات:

- لابد من توافر ثلاثة أو اكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص.
- ظهور عرض من العرضين التاليين عند ظهورها أثناء أكثر فترات النوبة الحالة شدة: ـ

أ ـ فقدان الإحساس باللذة تجاه كافة الأنشطة أو معظمها.

ب ـ فقدان القدرة على الستجابة للمؤثرات الممتعة في العادة؛ أي أن لشخص لم يعد يستمتع بالأحداث السارة (كما كان العهد به في الماضي).

أ ـ نوبة الإكتئاب الجسيم المزمنة: ـ

وتتصف بالآتي:

- تستمر لمدة تزيد على السنتين على الأقل.
- أكثر حدوثًا لدى الذكور من المسنين.
- تصيب أكثر الأشخاص الذين يسيئون إستخدام المخدرات والكحوليات.
- تبلغ نسبته من ١٠ إلى ١٥٪ من جميع حالات الإكتئاب الجسيم.
- قد تحدث في سياق نوبات الاضطرابات المزدوجة القطبية من النوع الأول ومن النوع الثاني.

ب ـ الإكتئاب الموسمي Seasonal Depression:

ويتصف بالآتي:

- يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار في فصلي: الشتاء والخريف.
- يختفي هذا النوع من الإكتئاب في فصلي: الربيع والصيف.
- يتصف المصاب به بفرط النوم والإفراط في إلتهام الطعام، والبطء النفس حركي.

ويثير الإكتئاب الموسمي العديد من القضايا:

ج ـ قضية الأسباب: وقد ذكر في هذا الصدد رأيين

الأول: أن الإصابة به لها علاقة بتمثيل مادة البلاتونين التي تفرزها الغدة الصنوبرية.

الثاني: أن تعرض المريض للضوء يمنع الإصابة بهذا المرض، ولذا نجد العديد من الشركات الأمريكية تعرض للبيع أجهزة تشتمل على لوحات كهربية تصدر أصواتًا وأشعة ضوئية مماثلة للشمس. إلا أن هذه المحاولات العلاجية غير مؤكدة تمامًا.

إن قضية التفسير بأشعة الشمس أثارت تساؤل مؤداه: إذا كان هذا الأمر يحدث في الدول الأوروبية فماذا عن الدول التي تتعرض لدرجة وفيرة من أشعة الشمس كالدول الأفريقية والشرقية؟!!!

وقد طرح هذا التساؤل على مجموعة من الطلاب فأكدوا أن البهجة تنتابهم حين تقرب الشمس (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢٠)

يطرح أيضًا عبد الستار إبراهيم ملاحظة مؤداها انه لاحظ أن نوبات الإكتئاب تزيد في موسمي الكريسماس وعيد رأس السنة، مع الأخذ في الإعتبار أن هذين العيدين يحلان في الشتاء، فهل لذلك صلة بإنتشار الإكتئاب الموسمي في تلك الفترات من السنة؟!!!(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ٢٠)

د ـ إكتئاب النفاس: ويتصف بالآتي: ـ

- يصيب النساء اللاتي سبقت إصابتهن باضطراب وجداني أو اضطراب نفسي آخر في معظم الآحيان.
- تظهر نوبات إكتئاب شديدة أثناء الإسبوع الرابع من الولادة.
- تشمل أعراض هذا النوع من الإكتئاب العلامات الآتية: الأرق، عدم الثبات الإنفعالي، شعوره بالإنهاك لأقل مجهود، التفكير في الإنتحار.

- قد تنتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل وليدها (الأمر الذي يقتضي إتخاذ العديد من التدابير حماية للطفل وللأم).
- قد تظهر خلال حالات النفاس: نوبات من الهوس، ونوبات مختلطة (هوس ـ إكتئاب)، واضطراب ذهاني مختصر.

هـ ـ الإكتئاب اللا نمطي السمات: ويتصف بالآتي: ـ

- زيادة الوزن.
- كثرة النوم.
- يصيب النساء أكثر من الرجال.
- قد يظهر في سياق الإصابة باضطرابات القطبية المزدوجة من النوع الأول والثاني. وأثناء الإصابة بعسر المزاج.

و ـ إكتئاب الطفولة: ويتصف بالآتي: ـ

- تنطبق عليه نفس علامات وأعراض إكتئاب الراشدين.
- قد يظهر بصورة مقنعة ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية:
  ١ ـ هروب الطفل من المنزل.
  ٢ ـ عدم الإنتظام في المدرسة.
  ٣ ـ معاناته من خواف مرضي من المدرسة.
  ٤ ـ سوء إستخدام المواد المخدرة (خاصة المواد المتطايرة والتي وجدت العديد من الدراسات إنتشارها بنسبة كبيرة لدى الأطفال والمراهقين).
  ٥ ـ قد يقدم الطفل على الإنتحار.

م ـ الإكتئاب المزدوج:

- تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض بين ١٠ إلى ١٥٪.
- يطلق على مرضى اضطراب عسر المزاج الذين يصابون بإكتئاب الجسيم بالإضافة إلى مرضهم الأصلي.

ل ـ الخرف الكاذب:

- هذا المرض يصيب المسنين في العادة.
- يحدث بصورة أكثر بين المرضى الذين سبق لهم الإصابة باضطراب وجداني.
- يطل على حالات الإكتئاب التي تتبدى من خلال أعراض تشبه الخرف.
- يسبق ظهور هذا المرض معاناة الشخص من قصور معرفي.
- يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محورين: ـ
  - الصدمات الكهربائية.
  - مضادات الإكتئاب.

ي ـ إكتئاب لم يسبق تخصيصه:

- يطلق على السمات الإكتئابية التي لا تنطبق عليها معايير اضطراب وجداني محدد مثل:
  - اضطراب الإكتئاب الخفيف.
  - اضطراب الإكتئاب المختصر والمتكرر.
  - اضطراب سوء المزاج السابق على الدورة الشهرية.

تلك كانت أنواع الإكتئاب الجسيم.. وهي كما نرى متعددة وحقًا فإن الإكتئاب يرتدي أثوابًا متعددة ومتنوعة ويصيب كل الأشخاص ومن جميع الفئات والأعمار.

ثانيًا: اضطراب عسر المزاج Dysthymic Disorder:

ويتصف بالآتي:

- أقل شدة من الإكتئاب الجسي.
- أكثر إنتشارًا وإزمانًا لدى الإناث مقارنة بالذكور.

- تكون بداياته متدرجة.
- يصيب الأشخاص الذين سبق لهم التعرض للضغوط النفسية ولفترات طويلة، أو تعرضوا لخسائر مالية مفاجئة، أو خسروا أشخاص كانوا يرتبطون بهم بالموت أو الحوادث.

قد يتزايد مع اضطرابات نفسية أخرى مثل:

- تعاطي المخدرات.
- معاناة الشخص من اضطراب أو أكثر من اضطرابات الشخصية.
- معاناة الشخص من مرض الوسواس القهري.
- تزداد الأعراض سوءًا في نهاية اليوم.
- يبدأ الإصابة بهذا المرض ـ في الغالب ـ في سن العشريات أو الثلاثينيات من عمر الفرد.إلا أنه يوجد نوع مبكر يبدأ قبل سن الواحدة والعشرين.
- أكثر إنتشارًا بين أقارب الدرجة الأولى لمرضى الإكتئاب الجسيم.
- لكي يتم تشخيص الفرد لا بد من توافر إثنين من الأعراض التالية على الأقل: ـ

١ ـ ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام.

٢ ـ مشكلات النوم.

٣ ـ سرعة التعب والإنهاك.

٤ ـ إنحطاط في تقدير الذات.

٥ ـ المعاناة من ضعف التركيز.

٦ ـ التردد وعدم القدرة على إتخاذ القرارات.

٧ ـ المعاناة من مشاعر اليأس وتفشيها داخل نفس الشخص.

ثالثًا: الهوس Mania:

ويعرف الهوس في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي - بأنه - شأنه شأن الإكتئاب - حالة مرضية تبدو أوضح ما تكون في الجانب الإنفعالي للشخص. والشخص في حالة الهوس يكون مناقضًا تمامًا لحالة الإكتئاب؛ حيث نجده مملوء بالنشاط والإنشراح والسرور والبهجة والرضا عن النفس، ويكون نشاطه الحركي والفكري سريعًا ومتعجلا.... وكثيرًا ا يتعرض المهووس للهلاوس والأفكار الهذائية التي توحي بإمتيازه وبعظمته، وتساند حالة الإنشراح والإنبساط التي تميز إنفعالاته وتنعكس على تصرفاته. ويرى التحليل النفسي أن حالة الهوس هي رد فعل لمعاناة الشخص من حالة إكتئاب أعمق يعاني منها.

وتقسم الموسوعة الهوس إلى الأنواع الآتية:

- هوس الإغتسال Abluto mania.
- هوس التدين Religious Mania.
- هوس الشراء Pluto mania.
- هوس الثرثرة Logorrhea.
- هوس جنسي Groto Mania.
- هوس السرقة Klepto Mania.
- هوس الكذب Mytho Mania.
- هوس المخدرات Narco Mania.
- هوس الرقص Dancing Mania.(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ٨٢٩ - ٨٣٣)

إلا أن كتب الطب النفسي تصنف في الغالب الهوس إلى الأنواع الثلاثة الآتية:

أ ـ هوس خيف Hypomania.

ب ـ هوس بدون أعراض ذهانية Mania without Psychotic symptoms.

ج ـ هوس مع أعراض ذهانية Mania with Psychotic symptoms.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٤٣ ـ ٣٤٦).

وهناك عدة معايير يتم من خلالها تشخيص نوبة الهوس:

ا ـ تشخيص الهوس وفقًا للدليل الرابع

حيث نجد الأعراض والعلامات الآتية: ـ

١ ـ تفخيم صورة الذات (وإعتقاد العظمة).

٢ ـ إنخفاض الشعور بالحاجة إلى النوم (حيث من الممكن أن ينام الشخص فقط ساعتين أو ثلاثة ويشعر بالراحة والنشاط).

٣ ـ عدم ترابط الأفكار والإنتقال من موضوع إلى آخر.

٤ ـ سرعة تشتت الإنتباه.

٥ ـ زيادة الإنغماس والإنهماك في الأنشطة التي تجلب له اللذة والنشوة.

٦ ـ غزارة وثراء في الكلام بصورة تفوق سلوكه المعتاد.

٧ ـ زيادة في ممارسة الأنشطة: الإجتماعية ـ المهنية ـ الأكاديمية ـ الجنسية ..... إلخ

ملاحظات هامة:

أ ـ لا بد من توافر ثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة حتى يمكن التشخيص.

ب ـ أو وجود أربعة أعراض على الأقل إذا كانت العصبية هي الإنفعال السائد.

ج ـ ألا تنطبق على الأعراض معايير تشخيص النوبات المختلفة.

د ـ أن تقود شدة اضطراب الوجدان إلى إختلال الوظائف المهنية أو العلاقات والأنشطة الإجتماعية (مما يقتضي ضرورة إدخال المريض المستشفى حماية لنفسه وللآخرين من الإيذاء).

هـ ـ ألا تكون الأعراض سابقة ناتجة من: ـ

- تعاطي مواد مخدرة أو كحوليات.
- تناول أدوية نفسية لا تفي الأعراض.
- عدم إصابة الفرد بمرض جسمي مثل زيادة نشاط الغدة الدرقية.

ب ـ معايير أخرى تساعد في التشخيص ـ مثل:

١ ـ معلومات مستمدة من دراسة تاريخ الحالة: من خلال ملاحظة العلامات والأعراض التالية:

أ ـ المبالغة في السلوك مثل:

- التبذير والسعة في الإنفاق.
- الإفراط في لعب (الكوتشينة) أو القمار.
- الإفراط في ممارسة الجنس والعربدة الجنسية.

(مما يدخل الفرد في مشاكل مع الطرف الآخر في حالة الرقص، أو قد يجعله يدخل في نزوات قد تقوده إلى العديد من المشاكل).

ب ـ التوسع والرغبة في (التكوين) على كل المناصب والمسؤليات.

ج ـ سرعة الشعور والإستسلام للإحباط.

د ـ وجود العلامات الجسمية الآتية:

- زيادة في الرغبة الجنسية.
- نقص الوزن.

- فقدان الشهية.
- المعاناة من اضطرابات النوم (الأرق الذي يأخذ صورة عدم الشعور بالحاجة إلى النوم).
- النشاط المفرط وعدم الإستقرار في مكان محدد.

٢ ـ الإستناد إلى بيانات مستمدة من الفحص الطبي النفسي مثل:

ج ـ السلوك والمظهر العام: ويتصف كالآتي:

- الإفراط النفس حركي.
- السلوك الهادف إلى لفت أنظار الجنس الآخر.
- إرتداء ملابس زاهية وذات ألوان ملفتة للأنظار.
- المبالغة في إستخدام مساحيق الزينة.
- إرتداء مجموعة غريبة أو متنافرة من الملابس.
- التطفل على الآخرين والتدخل فيما لا يعنيه في شؤون الآخرين.
- خفة الظل.
- السخرية من كل شيء.
- سرعة الإستثارة (بما لا يتناسب مع المثير أو الموقف الذي حدث).

ج ـ الإنفعال: ويتميز بالآتي:

- إنفعالات حادة.
- إنفعالات شديدة.
- إنفعالات متقلبة (حيث من الممكن أن ينتقل إنفعال الفرد من النقيض إلى النقيض).

د ـ محتوى التفكير: حيث نجد السمات أو العلامات الآتية: ـ

- المبالغة في تقدير الذات.
- الشعور بالعظمة.

- المبالغة في الإهتمام بالذات وفقط (يرتدي نظارة لا يرى منها ومن خلالها إلا ذاته).
- يعاني من ضلالات (بصورة أقل وتدور حول العظمة).
- تتفق ضلالاته وهلاوسه حول العديد من الموضوعات التي تدور حول ذاته مثل: إعتقاد مبالغ فيه بأهميته وقوته.
- إن الضلالات والهلاوس قد تتراوح ما بين محوري العظمة والإضطهاد.

هـ الكلام: يتصف بالآتي:

- الإلحاح.
- مرتفع النبرة.
- يميل إلى المبالغة وتفخيم الأحداث.
- يركز على إثارة العوطف والإنفعالات.
- غير مفهوم (وفي بعض الأحيان نتيجة عوامل متعددة مثل: السرعة، الإنتقال من موضوع إلى آخر، إستخدام مصطلحات غريبة.... إلخ)

و ـ عمليات التفكير: حيث انه ومن خلال الفحص نجد الآتي:

- عدم ترابط الأفكار وإنسيابها.
- تسارع الأفكار.
- تفكك (أو إختلال) الكلام.
- إستخدام مصطلحات جديدة.
- الميل إلى السجع والتورية والعديد من المحسنات البديعية والبلاغية في الحديث.
- الإسترسال في الكلام.
- الشطط في الكلام (أي ضعف العلاقة أو حتى عدم وجود علاقة من الأساس ما بين الفكرة التى تليها).

م ـ الإستبصار وسلامة الحكم على الأمور: حيث نجد الآتي:

- الإفتقاد إلى الإستبصار (لدرجة أن كثير جدًا من هؤلاء الأفراد ينكرون من الأساس إصابتهم بالمرض).
- العجز عن إتخاذ أي قرار منظم أو يستند إلى الواقع والمنطق.

رابعًا: اضطرابات إزدواج القطبية Bipolar Disorders:

ويأخذ الأنواع الآتية:

١ ـ اضطراب إزدواج القطبية ـ النوع الأول Bipolar I:

ويشخص من خلال:

- تنطبق على المريض كافة معايير نوبة الهوس.
- أو ينطبق على المريض نوبة مختلطة كاملة.
- قد يتزامن مع نوبات إكتئاب جسيم أو هوس خفيف Hypomania.
- اضطراب تتطلب شدته في العادة دخول المريض المستشفى.

٢ ـ اضطراب إزدواج القطبية ـ النوع الثاني Bipolar II:

ويشخص من خلال:

- يتضح من خلال دراسة وفحص تاريخ الحلة أن المريض قد أصيب بنوبة إكتئاب جسيم مرة واحدة على الأقل.
- أو أصيب بنوبة هوس خفيف Hypomania مرة واحدة على الأقل.
- ألا يكون المريض قد صيب بنوبات الهوس.

٣ ـ اضطراب إزدواج القطبية سريع التقلب Rapid Cycling:

ويتصف بالآتي:

- يتصف هذا النوع بظور نوبات الإكتئاب والهوس.
- يتم التبادل بفاصل زمني قدره يومين أو خمسة أيام.
- يتسم بظهورنوبات مختلطةأو سريعة التقلب.
- يكون عرضة لإتخاذ شكل مزمنًا.

٤ ـ هوس المراهقة:

- تظهر أعراض الهوس السابقة.
- قد تختفي هذه العلامات إذا لجأ المراهق إلى: ـ
- تعاطي المخدرات.
- تعاطي الكحوليات.
- القيام بسلوك أو أكثر من السلوكيات المناهضة للمجتمع.

٥ ـ اضطراب المزاج الدوري Cyclothymic Disorder:

ويتصف بالآتي:

- اضطراب أقل شدة من اضطرابإزدواج القطبية.
- تظهرخلاله الإصابة بفترات من الهوس الخفيف بالتبادل مع الإكتئاب متوسط الشدة.
- يتصف بمساره المزمن.
- يخلو من الأعراض الذهانية.
- يتطلب تشخصيه إستمرار وجود لأعراض لفترة لا تقل عن سنتين.

- تتساوى نسبة حدوثه في الإناث مع الذكور.
- تبدأ الإصابة به تدريجيًا.
- يظهر لأول مرة في نهاية مرحلة المراهقة وبدايات سن الرشد.
- ينتشر بصورة كبيرة لدى الفئات التي تقبل على تعاطي المود المخدرة والكحوليات.
- ينتشر الإكتئاب الجسيم واضطراب إزدواج القطبية بين أقارب المريض من الدرجة الأولى.
- يؤدي عدم الثبات الوجداني إلى ظهور العديد من المشاكل الأكاديمية والمهنية والإجتماعية.

أسباب الاضطرابات الوجدانية:

تتعدد النظريات التي حاولت تفسير أسباب الإصابة باضطرابات الوجدان. ويمكن ـ في عجالة ـ تقديم هذه الأسباب والتفسيرات في:

أولاً: الأسباب البيولوجية:

ونستطيع حصر التفسيرات في هذا الجانب في الجوانب الآتية:

أ- **الغدد الصماء:**

حيث يعكس وجود إختلالات في المنظومة العصبية الفردية إحتمالية الإصابة بالإضطوابات الوجداني، حيث تم رصد الآتي:

- إختلال مدخول لأمينات البيولوجية التي يتلقاها تحت المهاد.
- يزداد نشاط محور ما تحت المهاد؛ حيث وجدت الدراسات مثلا زيادة نشاط الغدة النخامية والكظرية في حالات الإكتئاب، كما ينخفض في الإكتئاب. أيضًا إطلاق الهرمون الحادث لإفراز الغدة الدرقية، كم ينخفض هرمون الذكورة (التستسيرون)، كما تقل وتضعف الوظائف المناعية في الإكتئاب والهوس على حد سواء.

ب- العوامل الوراثية:

حيث وجدت الملاحظات الآتية:

- تشير الأدلة إلى إنتقال المرض عن طريق الوراثة تبدو أكثر وضوحًا في اضطراب إزدواج القطبية.
- يظهر هذا الاضطراب على حد سواء بينن أفراد من أسرة المريض.
- إحتمال ظهور اضطراب وجداني في طفل يصل إلى ٢٥٪ إذا كان أحد الوالدين مصابًا باضطراب إزدواج القطبية من النوع الأول، وتزداد التوقعات بإصابة الطفل إلى نسبة ٧٥٪ إذا كان الوالدين مصابين بالمرض.
- إذا كان أحد الوالدين مصابًا بالإكتئاب الجسيم؛ فإن إحتمالات إصابة الطفل باضطراب الوجدان تتراوح بين ١٠ ـ ١٣٪، وهكذا...
- لم يتم التأكد حتى الآن من وجود عوامل وراثية محددة، بيد أن لدرايات الحديثة قد وجدت علاقة ما بين الوراثة (الخاصة بالكروموزومات ١١، ٥، والكروموزمو الخاص بالجنس x) وبين الإصابة بأي مرض من أمراض اضطرابات الوجدان.

ج- عومل عصبية كيميائية: وتتلخص في:-

- إنخفاض تركيز الأمينات الحيوية في المخ مل (السيروتونين، ونورأدرينادلين، الدوبامين)، وخاصةً في حالات الإكتئاب.
- زيادة تركيز الأمينات الحيوية في المخ (السابق الإشارة إليها) في حالات الهوس.
- تغير نسب مشتقات تمثيل الأمينات الحيوية مثل حامض هيدروكس إندول أسيتيك (وهو مشتق من السيروتونين) وحامض (هوموفانيليك ـ المشتق من الدوبامين).
- إختلال ضبط منظومة الأدرينالين والإستايل كولين مع سيطرة المسارات الكولينية.

ثانيًا: الأسباب النفسية - الإجتماعية:

حيث توجد العديد من النظريات التي حاولت تقديم تفسيرات نفسية - إجتماعية لأسباب الإصابة باضطرابات الوجدان.

أ ـ نظرية التحليل النفسي:

يفسر التحليل النفسي الإكتئاب ـ على سبيل المثال ـ على أساس أنه عدوان موجه ضد الذات، وأن الشخص قد يخبر فقدًا حقيقيًا لموضوع الحب أو فقدًا متخيلا. هذا الإحساس بالفقد يولد العديد من مشاعر الرفض والغضب والعدوان. إلا أن هذا الغضب المستثار ضد (طرف) موجود في الخارج قد (يتحول) إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب؛ لأنه يعتقد أنه السبب في حدوث هذا الفقد وبالتالي نجد لدى الشخص المكتئب إثارة لمشاعر الذنب والدونية وتحقير الشأن، بل إن تقديره لذاته يعتمد على تقدير الآخرين له.(Ingram, 1994m, p: 120)

ومن جهة أخرى يعد الهوس والإنتعاش من الوسائل الدفاعية ضد الإكتئاب المزمن والكامن؛ حيث نجد أن الأنا الأعلى يتميز بالقوة والعدوانية والتصلب وعدم المرونة. وقد وصف فرويد الإزدواج الوجداني تجاه المحبوب المستدخل، والذي يؤدي إلى حداد مرضي إذا ما كان المحبوب قد فقد بالفعل أو بصورة رمزية مع وجود أفكار إنتحارية.

ب ـ نظريات التعلم:

وسوف نقتصر حديثنا في هذا المقام على نظرية العجز المتعلم Learned helplessness لسيلجمان، والذي أكد على أن الإكتئاب ـ كمثال ـ إستجابة متعلمة. نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والامان ولا مهرب منها. وقد توصل سيلجمان ومعاونوه إلى هذا القانون من خلال التجارب التي أجريت على الحيوانات وكانت نظريات التعلم متكئًا لها، ولم يكتف سيلجمان بالوقوف عند مستوى الظروف والأحداث التي تعود إلى الإكتئاب، بل وصف العوامل التي تقود إلى العلاج وبث الأمل وتقديم الدعم للمريض وهي المنطلقات الأساسية التي إنطلقت منها باقي نظريات التعلم (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٣٧ ـ ١٤٤ (Culbertson, 1997, pp: 25_31).

ج ـ النظريات المعرفية:

حيث وصف هارون بيك الثلاثية المعرفية والتي تقود إلى الإكتئاب، والتي تتكون من:

١ ـ نظرة سلبية للذات (أنا سيء وشخص فاشل).

٢ ـ التفسير السلبي للخبرات (كأن كل شيء سيئًا على الدوام).

٣ ـ التوقع المستمر للفشل.

إضافة إلى تبني الشخص المكتئب على سبيل المثال العديد من الأفكار اللا عقلانية والتي يرددها الفرد لنفسه (اضطراب في التفكير يقود إلى اضطراب في الوجدان، ثم يقومان بدورهما إلى وجود اضطراب في السلوك). (Ellis & Dryden, 1987) (محمد حسن غانم، ٢٠٠٢).


الفصل السادس
المرأة
واضطرابات التحكم في السلوك
الإندفاعي واضطرابات التوافق

المرأة واضطرابات التحكم
في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق

محتويات الفصل

أ- اضطرابات التحكم في انسلوك الإندفاعي

- الوبائيات.

أولاً: اضطرابات النوبات العدوانية المفاجئة

- معايير تشخيص اضطراب النوبات في العدوانية المفاجئة.

ثانيًا: هوس السرقة: الوبائيات –التعريف – محكات التشخيص.

ثالثًا: هوس إشعال الحرائق: الوبائيات – التعريف – محكات التشخيص.

رابعًا: هوس المقامرة المرضية: الوبائيات – التعريف – محكات التشخيص.

خامسًا: هوس نتف الشعر: الوبائيات – التعريف – محكات التشخيص

سادسًا: اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي لم يسبق تخصيصها.

- أسباب اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي.

ب- المرأة واضطرابات التوافق: التعريف – الوبائية – الأنواع – محكات التشخيص.

الفصل السادس

المرأة واضطرابات التحكم

في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق

Control and Adjustment Disorder — Impulse

وهو أحد اضطرابات القلق، ويشير إلى مجموعة من الحالات الناتجة من الضيق الذاتي، أو الاضطراب الإنفعالي غالبًا ما تتداخل مع وظيفة الأداء الإجتماعي. وتظهر أثناء فترة التوافق مع تغيير ذي دلالة في الحياة، أو مع تبعات حادث حياتي شديد الإجهاد، وقد يترك الحادث أثرًا في تكامل النسيج الإجتماعي للشخص (موت عزيز ـ خبرات إنفصال)، أو في الشبكة الأوسع من الدعامات والقيم الإجتماعية (لعجزه)، أو يعكس أزمة أو نقطة تحول عظيمة في مسار نماء الفرد (الإحالة إلى التقاعد مثلا).

أولا: اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي

الوبائيات:

١ ـ نوبات العدوان الفجائية:

- أكثر إنتشارًا بين الذكور.
- تبلغ نسبة إنتشاره بين المترددين على خدمات الطب النفسي التابعة لاحدى الجامعات حوالي ٢٪.
- يوجد الذكور المصابون بالمرض في المؤسسات العقابية بصورة رئيسية، وذلك لإرتكابهم جرائم تدنيهم وتجعلهم يقعون تحت طائلة القانون.
- بينما توجد الإناث في مستشفيات الطب النفسي وفي بعض المؤسسات العقابية.
- هذا الاضطراب أكثر إنتشارًا بين أقرباء الدرجة الأولى للمصاب بهذا الاضطراب.

٢ ـ هوس السرقة:

- نسبة إنتشاره غير معروفة.
- أكثر إنتشارًا بين الإناث مقارنة بالذكور.

٣ ـ هوس شعال الحرائق:

- نسبة إنتشاره غير معروفة.
- أكثر إنتشارًا بين الذكور.
- تشير البحوث إلى وجود علاقة بين إشعال الحرائق وممارسة القسوة مع الحيوانات المنزلية الأليفة.

٤ ـ المقامرة المرضية:

- تتراوح نسبة إنتشار هذا الاضطراب ـ كمثال ـ في الولايات المتحدة الأمريكية بين ١ ـ ٣٪.
- هذا الاضطراب أكثر إنتشارًا بين الذكور.
- ينتشر الإدمان على الكحوليات بين أباء المضطربين بهذا الاضطراب. (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

٥ ـ هوس نتف الشعر:

- نسبة إنتشاره غير معروفة.
- قد يتزايد مع اضطراب الوسواس القهري.
- أكثر إنتشارًا بين الإناث.
- قد يتزامن ـ أيضًا ـ مع اضطراب الإكتئاب والشخصية البينية.

(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

- أشارت بعض الدراسات إلى أنه ينتشر بنسبة ٢٪ بين الجمهور العام.
- والفروق بين الجنسين غير معروفة.

- وأن الحالات التي تتقدم للعلاج من هذا الاضطراب إلى العيادات النفسية من الإناث أساسًا.
- وأن الكثير من المترددات للعلاج ذكرن أنهن يقمن بهذا السلوك بصورة قهرية، وأنهن قد قدمن للعلاج النفسي خوفًا من الدخول إلى (الجنون).

(Swedo, 1993)

تعريف اضطرابات التحكم:

وتعني عدم القدرة على مقاومة الإنصياع لنزوة أو دافع يمثل خطرًا على الآخرين، وعلى النفس، ويولد في نفس الفاعل شعورًا باللذة والإشباع في معظم الأحيان.(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

يقسم الدليل الرابع هذه النوبة من الاضطرابات إلى ٦ فئات.

أولا: اضطرابات نوبات العدوانية المفاجئة Intermittent Explosive Disorder:

١ ـ تعريفه:

ويتصف بمجموعة من السلوكيات العدوانية التي تضر الآخرين.

٢ ـ معايير تشخيص اضطراب نوبات العدوانية المفاجئة وفقًا للدليل الرابع:

أ ـ عدة نوبات منفصلة تتصف بالعجز عن مقاومة النزعات العدوانية، مما يؤدي إلى إعتداءات خطيرة على الغير أو تدمير الممتلكات.

ب ـ عدم تناسب درجة العدوان التي تتبدى أثناء النوبة مع أية ضغوط نفسية/إجتماعية بصورة كبيرة.

ج ـ لا تنطبق على نوبات العدوان معايير اضطراب نفسي آخر مثل اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع، أو اضطراب الشخصية البينية، أو اضطراب ذهاني، أو نوبة هوس، أو اضطراب السلوك، أو اضطراب قصور الإنتباه ونقص الحركة. وألا تكون النوبات نتيجة مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء نفسي، أو بسبب مرض عضوي (مثل تعرض الدماغ للرض ومرض الزهايمر).(DSM IV, 1994)

ثانيًا: هوس السرقة Kleptomania:

١ ـ تعريفه:

دافع قوي للسرقة، بحيث تصبح وكأنها حواز أصيبت به الشخصية، وعادةً يسرق المريض بهذا المرض أشياء تافهة أو ليس في حاجة إليها، وكأن السرقة هدف في حد ذاته، والسرقة في هذه الحالة تكون رمزًا لدافع قوي في أعماق المريض يجعله يفضل إنتزاع الإشباع بالقوة وبالشكل غير المشروع عما لو أتاه بشكل مشروع. ويكون دافع المريض بهوس (أو جنون) السرقة من القوة والإلحاح بحيث لا يستطيع مقاومته أو الهروب منه، وهو دليل على فقدان الحب في مستوى لا شعوري.(حسين عبد القادر، ١٩٩٣، ٢٨٦ ـ ٢٨٧)

٢ ـ معايير تشخيص هوس السرقة وفق الدليل الرابع:

أ ـ تكرار العجز عن مقاومة دافع سرقة أشياء لا يحتاج إليها السارق لإستخدامه الشخصي، أو من أجل قيمتها المالية.

ب ـ تصاعد الإحساس بالتوتر قبل الإقدام على إرتكاب السرقة مباشرة.

ج ـ شعور باللذة والإشباع أو الراحة يصاحب قيامه بفعل السرقة.

د ـ لا يقدم الشخص على السرقة للتعبير عن الغضب أو للإنتقام، كما لا يسرق إصياعًا وإستجابةً لضلالة أو لإحدى الهلاوس.

د- لا تنطبق على السرقة معايير اضطراب السلوك، أو نوبات مرض الهوس، أو اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع.

ثالثًا: هوس إشعال الحرائق Pyromania:

١ ـ تعريفه:

هو سلوك مرضي يتصف بالرغبة التي لاتقاوم إلى إشعال الحرائق من أجل الشعور بالسرور أو لإشباع دافع داخلي لا يستطيع مقاومته، أو لتهدئة التوتر الضعيف الذي يستشعره داخليًا.

٢ ـ محكات تشخيص اضطراب هوس إشعال الحرائق وفقًا للدليل الرابع:

أ ـ تعمد إشعال الحرائق في أكثر من مناسبة واحدة.

ب ـ ذشعور بالتوتر أو الأثار الإنفعالية يسبق القيام بالفعل.

ج ـ الإنبهار بالحرائق، والمواقف المحيطة بها، والإهتمام أو الإنجذاب إليها أو الفضول بشأن كل ما يتعلق بها (مثل: الأدوات، أو المعدات ذات الصلة بإشعال الحرائق، وإستخدامها والعواقب المترتبة على ذلك الإستخدام).

د ـ ألا يكون الإقدام على فعل إشعال الحرائق بدافع تحقيق مكسب مادي، أو بدافع عقيدة سياسية أو إجتماعية، أو بدافع الإنتقام أو بدافع التعبير عن الغضب، أو لتحسين الظروف المعيشية أو إنصياعاً لضلالة أو هلاوس، أو نتيجة إختلال القدرة على صواب الحكم على الأمور (كما في حالات الخرف والتخلف العقلي أو للتأثر بمادة مخدرة).

هـ ألا تنطبق معايير اضطراب نفسي آخر على إشعال الحرائق مثل اضطراب السلوك، أو نوبة هوس، أو اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع. (DSM IV, 1994)

رابعًا: هوس المقامرة المرضية (إدمان القمار) Pathological Gambling:

١ ـ تعريفه:

بداية يجب أن نشير إلى أن هناك مشكلة في تحديد مصطلح المقامرة المرضية للأسباب الآتية:

أ ـ ندرة الحقائق المتعلقة بسلوك المقامرة.

ب ـ كثرة المشاكلات الخاصة بالمنهج السليم دراسة سلوك المقامرة.

ج ـ تضارب وإختلاف النماذج الخاصة بسلوك المقامرة.

هـ ـ كثرة المجالات التي تناولت سلوك المقامرة؛ حيث تم تصنيفها ضمن على الإدمان Addictionology، وعلم البيولوجيا والوراثة والباثولوجيا.... إلخ

و ـ تداخل مصطلح المقامرة مع العديد من المصطلحات الأخرى مثل المقامرة المرضية، المرقامرة المرضية الكامنة، المقامرة المرضية المحتملة، المقامرة القهرية، إدمان المقامرة..... إلخ

لكن المقامرة كما يعرفها (فوليبرغ ومور) هي: حالة إكلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدي إلى تمزيق شخصية الفرد وتهدد كيانه ومهنته وأسرته، وكأن المقامرة بهذا الشكل مرض خبيث ينشب أظافره في جميع جوانب الشخصية الإجتماعية، وله طبيعة الإنتشار السرطاني، أي أنه اضطراب كلي دينامي ووظيفي في الخارج والداخل.

(اكرم زيدان، ٢٠٠٥، ١٨ ـ ٢٢)

٢ ـ معايير تشخيص المقامرة المرضية [إدمان القمار] وفقًا لدليل الرابع:

أ ـ لعب القمار بصورة متصلة ومتكررة وغير متوافقة كما يتضح من توافر خمسة أو أكثر من المعايير الآتية: ـ

١ ـ إنشغال البال بالقمار (مثل الإنشغال بالعودة إلى معايشة خبرات سابقة، أو التخطيط لجولة لعب القمار المقبلة. أو التفكير في إفسادها، أو الإنشغال بطرائق الحصول على المال اللازم لكي يمارس لعب القمار).

٢ ـ الشعور بالحاجة إلى المقامرة بكميات متزايدة من المال لتحقيق الإثارة المرجوة.

٣ ـ فشل المحاولات السابقة المتكررة للسيطرة على المقامرة أو تقليلها أو الكف عنها.

٤ ـ الشعور بعدم الإستقرار والعصبية عند محاولة التقليل من لعب القمار أو التوقف عنه.

٥ ـ الإقدام على لعب القمار للهروب من المشكلات، أو لتخفيف عسر المزاج (مثل مشاعر العجز أو الذنب أو القلق أو الإكتئاب).

٦ ـ يعود لعب القمار بعد خسارة مالية لتعويض خسائره.

٧ ـ يكذب على أفراد أسرته والمعالج لإخفاء مدى تورطه في لعب القمار.

٨ ـ إرتكاب أفعال غير مشروعة مثل التزوير أو النصب أو السرقة أو الإختلاس لتمويل إستمراره في اللعب.

٩ ـ أن يتسبب القمار في خسارة علاقة مهمة أو وظيفة أو فرصة دراسية أو مهنية.

١٠ ـ يعتمد على غيره في الحصول على المال للخروج من المآزق المالية التي يؤدي إليها لعب القمار.

١١ ـ ألا تنطبق على إدمان لعب القمار معايير تشخيص اضطراب نفسي آخر مثل نوبات الهوس.(DSM IV, 1994)

خامسًا: هوس نتف الشعر Trichotillo Mania:

١ ـ تعريفه:

اضطراب هوس نتف الشعر زملة أو مجموعة من الأعراض تتمركز حول نتف الشعر من الجسم بطريقة قهرية؛ بحيث لا يستطيع الشخص (المصاب بهذا الاضطراب) أن يقاوم الدفعات التي تجعله ينزع الشعر من فروة الرأس، أو الحواجب، أو الرموش، أو أي منطقة أخرى من مناطق الجسم.... وأن الشخص لا يهدأ (أو يستقر) قلقه إلا بعد أن يقوم بهذا السلوك، وما أن يشعر بالهدوء حتى يعاود نزع الشعر مرة أخرى (إستجابة لدافع أو دفعات قهرية لا يستطيع الفكاك منها).(Swedo, 1993).

٢ ـ معايير تشخيص هوس نتف الشعر أو نزع الشعر وفق الدليل الرابع:

أ ـ نتف الشعر بصورة متكررة، وبصورة تؤدي إلى فقدانه بصورة ملحوظة.

ب ـ إزدياد الإحساس بالتوتر قبل نتف الشعر مباشرة، أو عند محاولة مقاومة هذا الدافع للنتف.

ج ـ الشعور باللذة والإشباع أو الراحة عند نتف الشعر.

د ـ ألا تنطبق على الحالة معايير اضطراب نفسي آخر، أو أن ينتج ذلك من الإضابة بمرض عضوي مثل الإصابة بمرض جلدي.

هـ ـ أن يؤدي الاضطراب إلى معاناة إكلينيكية ظاهرة أو إلى تعطل الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو وظائف أخرى مهمة.(DSM IV, 1994).

سادسًا: اضطرابات تحكم في السلوك الإندفاعي لم يسبق تخصيصها:

تشمل هذه الفئة اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي (مثل: نتف الجلد) التي لا تنطبق عليها معايير إي اضطراب محدد من هذه الاضطرابات، كما تشمل اضطراب نفسي آخر من سماته: فقدان السيطرة على السلوك الإندفاعي من التي سبق وصفها في الدليل مثل الإعتماد على مادة (تعاطي مادة مخدرة)، أو اضطراب أحد الإنحرافات الجنسية.(DSN IV, 1994.p.284).

الأسباب:

تتعدد الأسباب والإجتهادات التي قدمت لاضطراب التحكم في السلوك الإندفاعي واضطرابات التوافق، ويمكن حصر هذه الأسباب في:-

أولا: العوامل البيولوجية:

- الأبحاث قليلة جداً في هذا المجال بصفة عامة.
- وقد وجدت بعض المؤشرات التي تظهر في رسم المخ الكهربائي لبعض الأنواع حيث وجدت تغييرات غير طبيعية.
- وقد ظهر على بعض المرضى تداخل في سيطرة فص المخ وبعض العلامات الطفيفة الدالة على إصابة الجهاز العصبي المركزي ولا سيما في نوبات العدوان الفجائية.
- وجدت بعض الدرسات أن تناول المريض الذي لديه هذا الاضطراب للخمر والمخدرات؛ فإن ذلك يقلل من قدرة الشخص على التحكم في سلوكه الإندفاعي (إبطال الكف).(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

ثانيًا: الأسباب النفسية:

تتعدد الأسباب والعوامل النفسية في هذا الصدد. فعلى سبيل المثال تم دراسة الأسباب إلى اللجوء إلى المقامرة من خلال منظورين:

الأول:أسباب المقامرة كما يدركها المقامرون: حيث تلخصلت الأسباب من وجة نظهم في:-

١ - الرغبة الشديدة في الفوز بالثروة الكبيرة.

٢ - التسلية والمتعة والتشوق والإثارة.

٣ - التغلب على الاضطرابات الوجدانية.

٤ - المسايرة الإجتماعية والإندماج في وسط إجتماعي.

الثاني: دراسة الأسباب من وجهة نظر دينامية - سلوكية.

١ - اللجوء إلى ما يسمي بنموذج الحالة - الحاجة Need - model state، ويتلخص في أن (حالة لديها إدمان القمار)، يجب النظر إليها كظاهرة فردية تتشكل حسب طبيعة وظروف كل فرد وحاجاته الشخصية.

٢ - الأخذ في الإعتبار سلوك المخاطرة Risk - taking الموجود لدى المقامر، والذي يلجأ إليه لتحقيق العديد من الدوافع، وإشباعًا للعديد من الإحتياجات.

٣ - اللجوء إلى اللذة والتي تتزايد أثناء المقامرة خاصةً عندما يريد المقامر ان يهرب من بعض مشاكله باللجوء إلى القمار.

٤ - الأستقراطية لدى المقامر المرضي؛ وهو دافع قهري يجعل الفرد من نفسه مركزًا ثابتًا للإنتباه.

٥ - النظارية لدى المقامر المرضي من خلال إستراق النظر، وإختلاسه لمشاهدة أشخاص أثناء اللعب.

٦ - السادية لدى المقامر المرضي من خلال لذة تعذيب الآخرين.

٧ - المازوخية لدى المقامر المرضي من خلال تعذيب الذات.

٨ - أو إرتباط هذه الأعراض (خاصة لعب القمار المرضي) بإكتئاب مقنع؛ حيث يعبر اللعب عن رغبة لا شعورية في الخسارة والتعرض بالتالي للعقاب.(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

التشخيص الفارق:

١ - صراع الفص الصدغي Lemporal Lobe Epilepsy يتصف بوجود بؤر غير طبيعية في الفص الصدغي تفسر نوبات العدوان أو هوس السرقة أو هوس إشعال الحرائق.

٢ ـ إصابات الدماغ: يستطيع الممارس الكشف عنها بإستخدام وسائل تصوير المخ التي تبين الآثار المتخلفة عن الإصابة.

٣ ـ اضطراب القطبية المزدوجة، النوع الأول: قد يمثل لعب القمار سمة من السمات المصاحبة لنوبة الهوس.

٤ ـ الاضطرابات المرتبطة بتعاطي مخدر أو عقار، وهذا يتضح من خلال القيام بدراسة الحالة.

٥ ـ الأمراض العضوية: ينبغي إستبعاد الأمراض العضوية أو أورام المخ والأمراض التكسية، وأمراض الغدد الصماء عند تشخيص فئة من فئات اضطرابات التحكم في السلوك الإندفاعي.

٦ ـ الفصام: حيث أنه من المعروف أن مؤيض الفصام يعاني من الهلاوس والضلالات التي قد تساهم في تفسير سلوكه الإندفاعي. (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

العلاج لاضطرابات التحكم في السلوك:

تتعدد المداخل العلاجية على قدر تعدد المداخل التي تناولت الأسباب وسوف نشير بصفة عامة إلى أنواع العلاجات التي تصلح لعلاج اضطراب التحكم في السلوك، ثم نخصص الحديث لعلاج كل اضطراب من اضطرابات التحكم في السلوك على حده.

أولا: العلاج بالدواء:

وهذا النوع من العلاج يفيد خاصةً إذا توافر في العقار صفة توقف إعادة إمتصاص أو تمثل مادة السيرتونين Serotonin في المخ (وهو ناقل عصبي)، ويوجد عقاران في هذه الفئة هما: ـ

- مضادات الإكتئاب المسماه (فلوكستين) Flouxetin، والإسم التجاري له بروزال Prozac، وعقار الكلوميبرامين Clomipramine، والإسم التجاري له

أنافرانيل Anafranil، وقد أدت فعالية هذه العقاقير إلى الإعتقاد بأن الإختلال في تنظيم نقل السيروتونين في المخ قد يؤدي إلى نشاط اضطراب (أو أكثر) لدى الفرد.(Nevid.et.of.1997, p.223)

ثانيًا: العلاجات النفسية:

توجد الكثير من العلاجات النفسية نجملها في الآتي:

١ ـ **العلاج بنظرية التحليل النفسي:** وتهدف إلى إعادة توافق المريض، والتعامل مع دفاعاته، وإعادة توافق الأنا مع الواقع الخارجي عن طريق العديد من الفنيات النفسية (خاصة الطرح والمقاومة).(Decaria & Hollander, 1993)

(عبد الخالق، الوسواس ص ٢٤٣)

٢ ـ **العلاج السلوكي:** حيث ينظر للعلاج السلوكي إلى أي سلوك على أنه متعلم، ويمكن القضاء عليه والعلاج من خلال العديد من الفنيات التي تهدف إلى إعادة التعلم وتعديل سلوك الشخص عن طريق الإشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning، وأيضًا العلاج بالنفور Aversion therapy، والعلاج بالمعنى Logo therapy، والعلاج بالتنويم Hypo therapy، والتدعيم المتبادل Mutual Support، والإسترخاء..... إلخ

(عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨) (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣)

ثالثًا: الجراحة النفسية:

الجراحة النفسية Psychosurgery نوع خاص من جراحة المخ، أو تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها (إزالة جراحية إنتقائية أو تدمير لمسارات عصب وذلك لتأثيرها السلوكي)، وهي علاج جراحي لأمراض طبية نفسية معينة ناجمة عن أعطاب Lesions متمركزة في أماكن مخية نوعية، وتتسم بتدمير نسيج تشريحي سليم بهدف إحداث تغير مرغوب في السلوك أو من أجل شفاء اعراض نفسية مثل التوتر والقلق.

وقد قامت أحدى الدراسات بإسعراض لحالات (٣٢٠) مريضًا تلقوا جراحة أسفل السطح الحجاجي أو المحجري، ووجدت معدلات تحسن كالآتي:

- ٦٧٪ للإكتئاب.
- ٤٤٪ للقلق.
- ٣٠٪ للعصاب الوسواسي.

ومع ذلك يقع المرضى اللذين أجريت لهم الجراحة النفسية ـ من الناحية التاريخية ـ تحت ثلاث فئات تشخيصية كبرى: الفصام المزمن، الحالات النفسية الجسمية غير المتحكم فيها، وحالات لألن غير المحتمل، والمرضى ذوي الشخصيت المتماسكة الذين أنهكتهم التوترات الوسواسية إلى الحد الذي تعجزهم فبه (كولز، ١٩٩٢، ص ص ٥٠٤ ـ ٥١١)

وفيما يلي سنقدم العلاج المناسب لكل فئة من فئات اضطراب التحكم في السلوك الإندفاعي والسابق شرحها:

١ ـ نوبات العدوان الفجائية:

يستخدم في علاجها مزيج من العلاج الدوائي والعلاج النفسي، وتستخدم مركبات مختلفة في محاولة للتخفيف من النوبات مثل: مركبات الفينوثيازين، والنتوفرانيل، والليثيوم. أما إذا كان رسام المخ الكهربائي غير طبيعي؛ فيستخدم (التيجرتيول) المضاد للتشنج، وجدير بالذكر أن مركبات النيزودبازين امهدئة قد تزيد الحالة سوءًا لما تسببه من إبطال للكف. ويستخدم دواء (الأندرال) الذي ينظم ضربات البعض في حالات منتقاه.

أما العلاجات النفسية فقد ثبت فعالية العلاج التدعيني، وكذا العلاج النفسي الأسري (خاصة إذا كان المريض في مرحلة الطفولة المتأخرة أو مرحلة المراهقة)، كذلك من الممكن إستخدام العلاج النفسي الجمعي لكن يجب إستخدام هذا النوع من العلاج بحذر خاصة عند إحتمال قيام المريض بإمكانية الإعتداء على أفراد الجماعة الآخرين.

٢ ـ هوس السرقة:

يصلح العلاج النفسي التحليلي في علاج لأفراد المضطربين بهذا النوع من الاضطراب، خاصةً وأن الرغبة في إمكانية فهم الدوافع الكامنة خلف هذا السلوك جد هامة (مثل الشعور بالذنب، والحاجة إلى الخضوع للعقاب، وكأن الشخص في هذه الحالة يدور في دائرة مغلقة: يرتكب السلوك ثم يشعر بالذنب، ثم يتعرض للعقاب فيشعر بالتخفيف من الذنب فيعاود الفعل الإندفاعي (السرقة) مرة أخرى وهكذا...).

كذلك أثبتت العديد من الدراسات فاعلية العلاج السلوكي خاصةً تعليم المريض أنماطًا جديدة من السلوك بدلا من تلك السلوكيات الشاذة.

أما عن العلاج الدوائي مع الأفراد المضطربين بهذا النوع من الاضطراب فقد ثبتت ـ من خلال العديد من الدراسات التتبعية ـ أن إستخدام مثبطات إستعادة ناقل السيروتونين مثل: البروزاك أو الفلوكزتين، والتي أثبتت الكثير من النتائج أنها تفيد الكثير من الحالات.

٣ ـ المقامرة المرضية:

العلاج النفسي التحليلى المقترن بجماعات الأقران التدعيمية، ولا سيما جماعة لاعب القمار المجهول Gamblera Anongmous، ويهدف العلاج النفسي هنا إلى إمكانية التوقف عن لعب القمار بصفة نهائية وكاملة، وتراعى في علاج مثل هذه الحالات معالجة أي إذطرابات نفسية أخرى تكون متواجدة مثل: الإكتئاب، الهوس، سوء إستخدام للمواد (إدمان كحوليات أو مواد مخدرة)، أو اضطراب جنسي مصاحب.

٤ ـ هوس إشعال الحرائق:

العلاج النفسي التحليلي وذلك لفهم الدوافع اللاشعورية التي تكمن خلف الإندفاع وراء هذا الفعل أو السلوك.

العلاج النفسي السلوكي من خلال العمل على تعليم المريض أساليب سلوكية أخرى يشعر من خلالها باللذة (وليس من خلال إشعال الحرائق).

إمكانية التوصية بإدخال مثل هؤلاء المرضى (خاصةً الحالات التي يستشعر فيها المعالج أن الحالة غير مسيطرة بدرجة كبيرة على سلوكياتها الإندفاعية) إلى المشتشفى، أو إتباع نظام المستشفى الليلي، أو اي إطار علاجي منهجي يسمح بمراقبة هؤلاء الأشخاص حتى لا يقوموا بإضمار النيران.

٥ ـ هوس نتف الشعر:

قد يستفيد المرضى من العلاج النفسي التدعيمي ومن خلال قنباته العلاجية المختلطة والتي تعمل على تدعيم الثقة في المريض والتحكم في الكثير من إندفاعاته.

العلاج النفسي التحليلي خاضصة فهم الدوافع اللاشعورية، وإضفاء مزيدًا من الإستبصار وتحويل ما هو لا شعوري إلى شعوري.

لا مانع من أن يرافقه (أو يسبق) العلاج النفسي إعطاء العديد من الحالات (التي تحتاج إلى ذلك) إلى العلاج بالأدوية، حيث تيتدم مركبات النبزوديازيين في حالة وجود درجة مرتفعة من القلق، أو في حالة ما إذا كان المريض يعاني من عرض أو أكثر من أعراض الإكتئاب فيتم إعطاء المريض مضادات الإكتئاب.

من الممكن أيضًا اللجوء إلى أساليب علاجية أخرى أخرى مثل: (البيوفيدباك) أو الإرجاع الحيوي والذي يساعد الشخص على التدريب على إمكنية الإسترخاء، والتخيل الإيجابي.

وكذلك إستخدام التنويم المغناطيسي.(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

٦ ـ المسار والمآل:

يتوقف المسار والمآل الجيد على مجموعة من المحكات مثل: مدى معاناة الفرد من أكثر من اضطراب، تاريخه الأسري السابق، وجود أو عدم وجود بيئة مساعدة أو سوية (أو غير ذلك) لكن المسار في مثل هذه الاضطرابات نستطيع تلخيصه في: ـ

- تتصف هذه الاضطرابات بمسارها المزمن.
- يتصاعد السلوك الإندفاعي في بعض الأحيان.
- قد يتصف بعض السلوكيات الإندفاعية بالتحسن (حاسة هوس نتف الشعر)، وأيضًا نجد سلوكيات إندفاعية أحرى لا يحس فيها تحسن (مثل سلوك المقامرة المرض كمثال).(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

ب ـ المرأة واضطرابات التوافق Adjustment Disorders

الوبائيات:

- لا توجد الكثير من الدراسات حول هذا النوع من الاضطرابات.
- يكثر ظهوره إبان فترة المراهقة، ويكون أكثر لدى الإناث مقارنةً بالذكور.
- ولكنه قد يصيب أي من الأعمار.
- يعلب الإستعداد الشخصي للفرد دورًا أساسيًا في تحديد إحتمال حدوث وتشكيل مظاهر اضطرابات التوافق؛ إلا أنه قد يحدث بعد تعرض الفرد لحادث ضاغط.
- يبدأ الاضطراب خلال شهر من ظهور الحدث شديد الكرب أو التغيير في الحياة، ولا تتجاوز فترة الأعراض عادة ستة أشهر إلا بالنسبة للإستجابة الإكتئابية المطول.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ١٥٨)

تعريف اضطرابات التوافق:

لكي نعرف اضطرابات التوافق أولا يجب أن نشير إلى مفهوم التوافق النفسي، والذي يعني: كل سلوك أو نشاط يهدف منه إلى تحقيق التوافق، والتوافق النفسي يتضمن إشباع حاجات الفرد ودوافعه بصورة لا تتعارض مع معايير المجتمع وقيمه، ولا تورط الفرد في محظورات تعود عليه بالعقاب.

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ٢٥٩)

ولذا فإن اضطرابات التوافق تعني: إستجابات سلوكية مرضية لضغوط نفسية إجتماعية تؤدي إلى إعاقة (أو توقف) الوظائف الإجتماعية أو المهنية. وتتصف الضغوط السابقة بانها فى إطار الخبرات العادية التي يمر بها غالبية الأشخاص (مثل ولادة طفل جديد، الذهاب أول مرة إلى المدرسة، الزواج، العصل من العمل، الطلاق، الإصابة بمرض خطير.... إلخ). (Kaplan, H., SADock, B, 1996)

تشخيص اضطرابات التوافق وفق الدليل الرابع:

أ ـ ظهور أعراض إنفعالية أو سلوكية نتيجة عامل ضاغط محدد خلال ثلاثة أشهر من التعرض للعامل (أو العوامل) المذكور.

ب ـ تنطوي الأعراض أو أنماط السلوك على دلالة إكلينيكية كما يتضح من ظهور أي من العرضيين التاليين: ـ

١ ـ معاناة ملحوظة تفوق المتوقع من التعرض لعامل أو عوامل من هذا النوع.

٢ ـ تعطل له شأنه في الوظائف الإجتماعية أو المهنية أو المدرسية.

ج ـ ألا تنطبق الاضطراب المرتبط بالعامل الضاغط معايير اضطراب آخر من اضطرابات المحور الأول، وألا تمثل مجرد إنتكاس لاضطراب سابق من اضطرابات المحور الأول أو الثاني.

د ـ ألا تعبر الأعراض عن فجيعة.

هـ ـ ألا تستمر الأعراض بمجرد زوال العامل الضاغط، أو عواقبه مدة تتجاوز ستة أشهر أخرى.

حدد ما إذا كان الاضطراب:

حادًا : في حالة إستمراره مدة أقل من ستة أشهر.

مزمنًا : في حالة إستمراره مدة ستة أشهر أو أكثر.

ترقم اضطرابات التوافق وفق فئاتها الفرعية التي تستند إلى العرض السائد ، ويدون الضاغط المعني على المحور الرابع.

الفئات الفرعية: وتنقسم إلى الفئات الآتية:ـ

- اضطراب توافق إكتئابي الطابع.
- اضطراب توافق مصحوب بالقلق.
- اضطراب تواف مصحوب بمزيج من القلق والإكتئاب.
- اضطراب توافق مصحوب باضطراب السلوك.
- اضطراب توافق مصحوب بمزيج من اضطراب الإنفعال والسلوك.
- اضطراب توافق غير محدد السمة أو الملامح.(DSM IV, 1994)

الأسباب:

تتعدد الأسباب التي حاولت أن تفسر أسباب اضطرابات التوافق، ويمكن تلخيص هذه الإجتهادات في :ـ

١ ـ أسباب وراثية: تلخصت طباع القلق الشديد أكثر إستعدادًا من غيرهم للتفاعل بصورة مفرطة للأحداث الضاغطة أو الإصابة باضطرابات التوافق في وقت لاحق.

٢ ـ أسباب بيولوجية: حيث أثبتت بعض الدراسات أن الأشخاص الذين سبق لهم الإصابة بأمراض عضوية خطيرة أكثر عرضة للوقوع في اضطرابات التوافق مقارنةً بغيرهم من الأفراد الذين لم يتعرضوا لتجربة لمرض العضوي الخطير.

٣ ـ عوامل نفسية وإجتماعية: حيث رصدت الأبحاث والملاحظات الكلينيكية الآتي: ـ

أ ـ يعد الأشخاص الذين مروا بتجربة فقد أحد الوالدين (أو كليهما) أثناء مرحلة الطفولة أكثر إستعدادًا للوقوع في اضطراب التوافق.

ب ـ إن الأفراد الذين خبروا تجربة الحرمان (سواء أكان ذلك حقيقيًا أو متخيلا) أكثر إستعدادًا للوقوع في هذه الاضطرابات.

ج ـ إن الأفراد الذين حرموا من التواصل والدفء مع الآخرين خاصة بأن سنوات طفولتهم أكثر عرضة للوقوع في هذه الاضطرابات.

د ـ وجود علاقة ما بين القدرة على تحمل الإحباط في سن الرشد ومواجهة الضغوط (وهذا ينتج من زيادة القدرة على الصلابة النفسية).

ر ـ عدم إشباع الحاجات الأساسة في مرحلة الطفولة (خاصةً) تجعل مثل هؤلاء الأفراد أكثر عرضة للوقوع في اضطراب سوء التوافق.

(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

التشخيص الفارق:

١ ـ اضطراب الكرب الناتج من صدمة واضطراب الكرب الحاد: يحدد نوع العامل الضاغط النفسي طبيعة التشخيص. فالضغوط المرتبطة باضطراب الكرب تتجاوز الخبرات البشرية العادية مثل: الحروب، الإغتصاب، الكوارث الجماعية، التعرض للخطف والتحول إلى رهينة.

٢ ـ اضطراب الذهان المختصر: يتسم بوجود هلاوس وضلالات.

٣ ـ الفجعية غير المتبوعة بمضاعفات: تصيب الشخص قبل وفاة من يحبه أو فور وفاته أو بعد فترة قصيرة، تعطل الوظائف المهنية والإجتماعية في الحدود المتوقعة والتعافي.

العلاج:

تتعدد المداخل العلاجية ومنها:

١ ـ **العلاج الدوائي:** حيث يعالج مضطربي التوافق بالآتي:

- يعالج المرضى مبضادات القلق (حسب نوع اضطراب التوفق غن كان مصحوبًا بالقلق).
- يعالج المرضي بمضادات الإكتئاب (حسب نوع اضطراب التوافق إن كان مصحوبًا بالإكتئاب).
- على المعالج توخي الحذر من الإستمرار في وصف المهدئات لتجنب إدمان مثل هذه الأدوية ولا سيما عند إستعمال مركبات النيرودبازيبين.

٢ ـ **العلاج النفسي:**

- أفضل أنواع العلاجات النفسية هي العلاج السلوكي الذي ينهض على فنيات الإسترخاء، والتنويم، والبيوفيرباك في حالات المعاناة من القلق.
- من الممكن إستخدام فنيات العلاج النفسي التدعيمي مثل: الإيحاء ــ الطمأنة ــ تعديل البيئة ــ المناقشة ـ الإقناع بدخول المستشفى عند الضرورة.(Kaplan, H., SADock, B, 1996)

المسار والمآل:

- عن طريق مجموعة من المحكات يتحدد ما إذا كان المسار والمآل جيدًا أم سيئًا.

- وفيما يتعلق بمسار ومآل اضطراب التوافق نجدد الآتي: ـ
- تقل حدة معظم الأعراض بمرور الوقت دون اللجوء إلى العلاج ولا سيما عند إزالة العامل الضاغط الذي أحدث هذا الاضطراب.
- في الفئات الفرعية (السابقة ذكرها) فمن الممكن أن تتبع مسارًا مزمنًا تكتنفه مخاطر الإصابة بإكتئاب ثانوي، أو قلق، أو اضطراب إستخدام المواد المخدرة.

اضطراب توريت Tourette's Disorder

نسبة الإنتشار:

- كان يعتقد فيما مضى أن اضطراب توريت حالة نادرة.
- أوضحت ـ بعد ذلك ـ العديد من الدراسات الوبائية الحديثة أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب تتراوح بين ٠,١ إلى ٠,٦٪ من الأولاد.
- أضحت الدراسات أن إنتشار اضطراب (توريت) لدى البنات أقل مما هو عليه هذا الاضطراب لدى الذكور.
- في حين أوضحت بعض الدراسات أن نسبة اضطراب الأولاد الذكور لا تختلف عن نسبة اضطراب الإناث بنفس النسبة السابقة ٠,١ إلى ٠,٦٪.
- أشارت العديد من الدراسات أن العوامل الوراثية تلعب الدور الأساسي في الإصابة بهذا الاضطراب، وأن التهيؤ الوراثي الكامن يلعب دورًا في ذلك.

(Leckman, 1993)

تعريف اضطراب توريت:

هو شكل من اضطراب اللوازم فيه، أو كان فيه لوازم حركية متعددة وواحدًا أو أكثر من اللوازم الصوتية، بالرغم من أنه لا يشترط تزامنهما واللوازم الصوتية كثيرًا ما تكون متعددة مع أصوات إنفجارية متكررة وقد تستخدم كلمات أو جمل فاحشة، أحيانًا تصاحب الحالة إصدار حركة إشارية قد تكون لها أيضًا طبيعة فاحشة (بذاء الحركة).

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٦٦٧)

تعريف اللزمة Tic:

أ- في موسوعة عل النفس والتحليل النفسي:

إستجابة حركية قهرية في الأطراف أو في الوجه وهي إستجابة لا إرادية. وتعني تعبيرًا عن شدة مظاهر التوتر والقلق الإنفعالي الذي يعانيه الفرد أو يصاحب حالة مرضية.كما أنها تعني سيكولوجيًا رمزًا لا شعوريًا لمدى ما يعانيه الفرد من ضغوط أو صراعات يفتقد معها أسلوب الضبط الذاتي إزاء دفعاته اللاشعورية. وتكون اللزمات هي أحد الأساليب الدفاعية اللا توافقية لمواجهة هذه الصراعات أو الضغوط أو ما يصاحبها من توتر إنفعالي شديد، وهي تظهر عادة في العديد من الاضطرابات النفسية ولكنها تعتبر إحدى الدفاعات المميزة والدالة في العصاب الوسواس القهري.

(مصطفى كامل في فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص٦٥٩)

ب- في الطب النفسي:

اللزمة Tic تعني حركة أو إيماءة أو نطق صوت ما، وتحدث بطريقة فجائية ومتكررة، وكلها تحاكي أو تشبه بعض جوانب من السلوك السوي، وتكون عادة ذات دوام قصير فيندر أن تدوم اللزمة أكثر من ثانية واحدة، وتميل إلى أن تحدث على شكل نوبات Bouts، وأحيانًا تشتد فجأة Paroxysm وبشكل مسرحي (درامي)، ويمكن أن تحدث اللزمات بصورة فردية أو جماعية أو على شكل تجمع (أوركسترالي) وتختلف في شدتها وقوتها.

وتأخذ اللوازم العديد من الأشكال مثل: ـ

أ- **اللوازم الحركية البسيطة الشائعة:** مثل طرفة العين، رجة الرقبة، هزة الكتف، ولوي قسمات الوجه.

ب- **اللوازم الصوتية الشائعة:** مثل النياح، الفحيح.

ج - لـوازم صـوتية مركبـة: مثـل تكـرار كلمـات بعينهـا وأحيانـاً إسـتخدام كلمـات (خارجـة في كـثير مـن الأحيـان) وغـير مقبولة إجتماعيًا (بذاءة) Coprolalia .

د - لوازم أخرى غير محددة Other and Unspecified tic Disorder.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٦٦٥ ـ ٦٦٨).

العلاقة بين اللزمات Tic واضطراب الوسواس القهري

بالرغم من صعوبة التمييز بين اللزمات الحركية المركبة واضطراب الوسواس القهري؛ إلا أن العديد من ادراسات قد أوضحت أن نسبة لا تقل عن ٣٠٪ من نرضى اضطراب الوسواس القهري، وقد تزيد عن ٤٠٪ منهم نجد لديهم تداخلا ما بين اضطراب اللزمات (أو توريت)، واضطراب الوسواس القهري من خلال الآتي:

اللزمات مرتبطة بالأفكار الوسواسية:

ترتبط اللزمات مع الأفكار الوسواسية من خلال ملاحظة وجود دفعات حسية متكررة غير مرغوبة، أو أفكار مرتبطة باللزمات، أفكار مفادها أن إيقاع اللزمات في حاجة إلى أن يكون منضبطاً.

اللزمات والسلوك القهري:

حيث ترتبط اللزمات المركبة في تداخل مع السلوك القهري من خلال زملة من (اللزمات الحركية والصوتية) مثل: النقر بالإضابع في تتابع رتيب، الشهق، لمس أشياء محددة، التقبيل، أفعال فاحشة، الضرب، العض.

ومـن هنـا ــ كمـا يؤكـد Leckman ــ ضـرورة أن نميـز بـين اللزمـات الحركيـة المركبـة السـلوك والأفكـار القهريـة مـع الأخـذ في الإعتبـار أنـه مـن الصعب التمييز بين الوعي الشعوري الكامن في الدفعات الجسمية الحسية عن الأفكار الوسواسية.(Leckman, 1993)

كما يجب الأخذ في الإعتبار أن اللوازم قد تظهر في اضطراب الهستيريا، وتأخذ اللازمة عدة مظاهر فمن رجفة في عضلات الوجه إلى إرتعاش في جفون العين، إلى حركة الرقبة أو الرأس فجأة إلى الجنب.كذلك المبالغة في حركات اليدين أو اللعب بالشارب أو الشعر أو ربطة العنق أو تسليق الحلق (النحنحة)....إلخ.

ويجب أن يتم التمييز ما بين اللوازم الهستيرية، وما يحدث بعد الحمى المخية من لوازم لها طابعها الخاص.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص١٧٤).

المحكات التشخيصية لاضطراب توريت وفق الدليل الرابع:

أ - وجود كل من اللزمات الحركية المتعددة، وواحدة أو أكثرمن اللزمات الصوتية في وقت معي في أثناء المرض، على الرغم من أنه ليس من الضروري أن توجد معًا. (اللزمة: حركة أو صوت فجأة وسريع ومتكرر وغير منتظم ويقع في نمط أو قالب محدد).

ب - تحدث اللزمات مرات متكررة في اليوم الواحد (في نوبات عادة)، وتحدث كل يوم تقريبًا أو بصورة متقطعة خلال فترة تزيد على عام واحدًا، وخلال هذه الفترة لا توجد مطلقًا فترة متحررة من هذه اللزمات خالية منها لأكثر من ثلاثة أشهر متعاقبة.

ج - يسبب الاضطراب كربًا وضيقًا واضحًا أو إعاقة كبيرة في الوظائف الإجتماعية والمهنية وغيره من المجالات المهمة.

د - تكون بداية الإصابة بهذا الاضطراب قبل سن ١٨ سنة.

هـ - لا يكون الاضطراب راجعًا إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لتعاطي مادة ما (منبهة مثلا)، أو نتيجة حالة طبية عامة (خاصة الإصابة بمرض هنتنجتون)، أو إلتهاب المخ التالي للعدوى الفيروسية.(DSM IV, 1994)

انواع اللزمات:

التصـــنيف الحـــالي لاضـــطراب اللزمـــات Tics كمـــا ورد في الـــدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يضع اللزمات ضمن الاضطرابات التي تشخص غالبًا في مرحلة الطفولة أو المراهقة.

وتشمل اللزمات (٤) أقسام فرعية هي: -

- اضطراب توريت.
- اضطراب اللزمات الحركية أو اللفظية المزمن.
- اضطراب اللزمات العابر.
- اضطراب اللزمات غير المحدد في مكان آخر.(DSM IV, 1994)

تاريخ مختصر لتاريخ الإهتمام باللزمات:

- تم ملاحظة اللزمات منذ فترة بعيدة.
- إلا أن الدراسة العلمية المنظمة للزمات تعود إلى القرن التاسع عشر حين قدم (إيتارد) Itard عام ١٨٢٥، وكذا (جيل دي لا توريت Gilles de la tourette)، والذي إتخذ هذا الاضطراب إسم هذا العالم الأخير (توريت) حيث وصفه وصفاً كلاسيكيًا ومفصلا في دراسته المأثورة (الكلاسيكية) عام ١٨٨٥ حين وصف تسع حالات تعاني من اضطراب اللزمات، إضافةً إلى بعض الأعراض الأخرى من قبيل عدم التناسق أو التآذر الحركي، فضلا عن (همهمات أو صيحات) غير مترابطة تصاحبها ألفاظ منطوقة ومتسقة، وقد تحاكي حديث الآخرين Echolalia، أو ألفاظ بذيئة فاحشة Coprolalia . وبعد الوصف التفصيلي لكل حالة مرضية من الحالات التسع النموذجية التي أوردها (توريت) إنتهى من تقريره إلى التأكيد على جانبين: -
  - الأول: الإرتباط بين اضطراب اللزمات وأعراض الوسواس القهري، حيث أن اللزمات تكون من ضمن الزملة الرئيسية لاضطراب الوسواس القهري، كما تكشف العديد من حالات الدراسة المتعمقة لبعض هذه الحالات.
  - الثاني: أن هذه اللزمات يدخل فيها العامل الوراثي بصورة كبيرة جدًا، ولذا يجب أن يتجه البحث جيدًا في هذا الصدد.(Leckman, 1993)

أسباب اضطراب توريت:

أوضحت العديد من الدراسات أن الجانب الوراثي يلعب دورًا هامًا في الإصابة بهذا الاضطراب، وقد بينت العديد من الدراسات التي إستخدمت منهج دراسات التوائم العنوية ما يدل على هذا الجانب الوراثي خاصة: حوادث قبل المولد، والتعرض للعديد من الكوارث أو الضغوط الشديدة، وكذا إستخدام المواد التي تعمل على تنبيه الجهاز العصبي المركزي، أو تناول العديد من المواد المؤثرة نفسيًا.

في حين أن دراسة أخرى إستنتجت أن (العقد العصبية القاعدية Basal Ganglia)، أو التراكيب اللحائية والمهادية المرتبطة بها قد تكون مؤدية أو مسببة عن الأساس الفسيولوجي (الممهد والمفجر) لإمكانية الإصابة بهذا الاضطراب.(Leckman, 1993).

كذلك كشفت العديد من الدراسات التي تناولت (أسر يوجد بها أكثر من مصاب بهذا الاضطراب)؛ مما يؤكد إلى فعالية الجانب الوراثي من خلال تتبع آباء وأشقاء وأبناء بل وأحفاد هذه الأسر. وجدت هذه الدراسات أن نسبة الاضطراب تكاد تكون ثابتة، وأن أفراد الأسرة الواحدة لديهم خطر مرتفع لتطوير نسب الإصابة بهذا الاضطراب مع اضطراب اللزمات الحركية المزمن وكذا اضطراب الوسواس القهري اكثر من غيرهم من الأفراد غير المرتبطين معهم بقرابة أو وراثة محددة.

وكل ما سبق يؤكد مرة أخرى على أن عامل الوراثة يعد عاملا جد هام في الإصابة بهذا الاضطراب.(Leckman, 1993)

علاج اضطراب توريت:

يعتمد علاج اللوازم على العلاج السلوكي في هيئة الممارسة السلبية بتكرار اللوزام أمام المرآة عدة مرات حتى تصبح إرادية أكثر منها لا شعورية. وثبت نجاح العلاج بالعقار (بيموزيد) خاصةً في زملة توريت، وحديثًا وجد أحمد عكاشة نتائجًا مشجعة من خلال إستخدامه للعقاقير المضادة للإكتئاب خاصةً مع زيادة الموصل العصبي السيرتونين. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)


الفصل السابع
المرأة
و الإضطرابات الشخصية

المرأة والأضطرابات الشخصية

محتويات الفصل

- مدى انتشار اضطرابات الشخصية.
- تعريف اضطرابات الشخصية.
  - أ- في علم النفس.
  - ب- في الطب النفسي.
- تصنيف اضطرابات الشخصية.
- أنماط اضطرابات الشخصية.

أولاً: الطائفة الأولى: الشخصيات الشاذة والغريبة.

١- اضطراب الشخصية البارانويدية:

٢- اضطراب الشخصية شبه الفصامية: الإنتشار - التعريف - التشخيص.

٣- اضطراب الشخصية فصامية النوع : الإنتشار - التعريف - التشخيص

ثانيًا: الشخصيات التي تتصف بالتهويل والإنفعالية وعدم الأتساق.

١- اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع: الإنتشار - التعريف - التشخيص

٢- اضطراب الشخصية البينية: الإنتشار - التعريف - التشخيص.

٣- اضطراب الشخصية الهستيرية: الإنتشار - التعريف - التشخيص.

٤- اضطراب الشخصية النرجسية: الإنتشار - التعريف - التشخيص.

ثالثًا: شخصيات تتصف بالخوف والقلق

١- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية: الإنتشار - التعريف - التشخيص

٢- اضطراب الشخصية المتجنبة: الإنتشار - التعريف - التشخيص.

٣- اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها: الإنتشار - التعريف - التشخيص.

رابعًا: اضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه:

١- اضطراب الشخصية السلبية العدوانية: الإنتشار ـ التعريف ـ التشخيص.

٢- اضطراب الشخصية المكتئبة: الإنتشار ـ التعريف ـ التشخيص.

٣- اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها: الإنتشار ـ التعريف ـ التشخيص

- أسباب الاضطرابات الشخصية:

أولاً: الأسباب الوراثية ـ البيولوجية.

ثانيًا: العوامل النفسية ـ الإجتماعية.

الفصل السابع
المرأة والاضطرابات الشخصية

اضطرابات الشخصية
Personality Disorders

مدى إنتشار اضطرابات الشخصية:

تنتشر اضطرابات الشخصية بأكثر مما نظن. والمشكلة أن كثيرًا من الأفراد الذين نتعامل معهم ويديرون شئوننا قد يكونوا مصابين بأعراض اضطراب نمط معين من انماط الشخصية، ويمارسون اضطرابهم وسلوكهم على الآخرين ويعتقدون انهم يفعلون الصواب تجاهنا.

فعلى سبيل المثال ـ لا الحصر ـ توصلت الدراسات إلى إن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية Borderline Personality Disorders (BPD) يسود بينهم التفكير في الإنتحار؛ بل قد لجؤا للإنتحار فعلا. فمن بين ٧٠٪ إلى ٧٥٪ من العملاء البينيين لديهم تاريخ سابق لمحاولة إنتحار واحدة ورغم عدم وجود ما يشير إلى إمكانية إقدامهم على الإنتحار؛ إلا أن الملاحظات ـ في الغرب ـ وجدت أن ما بين ٥٪ إلى ١٠٪ ينتحرون.(مارثا لينهان وآخر، ٢٠٠٢، ٩٥٧)

إلا أنه فيما يتعلق باضطرابات الشخصية نستطيع رصد الآتي: ـ

- يتراوح إنتشار اضطراب الشخصية بين ٦ إلى ٩٪ من مجموع سكان العالم.
- نجد أيضًا العديد من مظاهر اضطرابات الشخصية لدى الأطفال إلا أنها تأخذ شكل اضطراب في الطباع.

- أن اضطرابات الشخصية تبدأ في الظهور في أواخر مرحلة المراهقة وبداية سن الرشد.
- تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث في اضطرابات الشخصية.
- تنتشر اضطرابات نفسية غير محددة في أسر مرضى اضطرابات الشخصية.
- ثبت أن الوراثة تلعب دورًا جزئيًا ومحدودًا في إصابة الشخص بنمط من أنماط اضطرابات الشخصية. (Ellison of Shader, 1994, p.259)

ويكفي أن نشير إلى أن اضطرابات الشخصية قد أضحت محورًا مستقلا بدايةً من الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث (DMS III, 1980).

تعريف اضطرابات الشخصية:

أ ـ تعريف علم النفس:

يعرف الاضطراب في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأن الاضطراب يعني لغويًا الفساد أو الضعف، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال علم النفس الإكلينيكي بصفة خاصة وكذا في الطب النفسي. وهو يطلق على الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية التفكير أو الإنفعال أو السلوك أو يعنى سوء توافق الفرد مع ذاته، ومع الواقع الإجتماعي الذي يحيا فيه. إضافةً إلى العديد من المظاهر ـ الأخرى ـ التي تصيب الشخصية من ناحية فقدان إتزانها وثباتها الإنفعالي أو تمييزها بالعديد من السمات التي تميز كل نمط من أنماط الشخصية.(فرج طه وأخرون، ١٩٩٣، ٩٤)

ب ـ تعريف الطب النفسي:

١ ـ اضطراب الشخصية نوع من الاضطرابات تصبح فيه سمات الشخصية غير مرنة ولا متوافقة، وتسبب لصاحبها خلل ملحوظ في أداء وظائفه أو

الشعور بالمعاناة، وتظهر على هؤلاء المرضى أنماط متأصلة وثابتة وغير متوافقة في التعامل مع البيئة وإدراكها، وفي التعامل مع أنفسهم وفي تصورهم لذاتهم.(Kaplan & Sadock, 1996, p: 387)

٢ ـ تعرف إضطربات الشخصية بأنها أنماط متصلة وغير متوافقة من السلوك المتأصل والمتغلغل في نسيج الشخصية، والتي لا ترجع إلى اضطرابات المحور الأول أو الثالث، أو اضطرابات تنتج عن مشكلات تتعلق بدور الشخص في ثقافته. وهذه الفئة من الأمراض تعود إلى اضطراب سمات الشخصية، وليست تغيرًا طارئًا عليها. وقد يتخذ اضطراب السمة مظهرًا سلوكيًا أو إنفعاليًا، أو معرفيًا، أو حسيًا أو ديناميًا.(Derksen, 1995, p.5)

تصنيف اضطرابات الشخصية:

سوف نعتمد في هذا الحيز على الدليل التشخيصي الرابع لاضطرابات الشخصية، والذي بدوره قد قسمها إلى ثلاث فئات أو طوائف:

- الطائفة (أ): وتضم أنواع اضطرابات الشخصية التي تتصف بالغرابة والشذوذ. ويندرج تحت هذه الطائفة اضطرابات الشخصية البارانويدية، وشبه الفصامية، والفصامية النوع.
- الطائفة (ب): وتضم هذه الفئة كافة الشخصيات المضطربة، والتي يغلب على سلوكها وسماتها: التهويل والمبالغة، وتقلب الإنفعالات وعدم ثباتها، وأيضًا عدم إتساق الإنفعالات مع الموقف. ويندرج في هذه الطائفة اضطرابات الشخصية: النرجسية، المناهضة أو المضادة للمجتمع، والشخصيات البينية.
- الطائفة (جـ): ويغلب على الشخصيات التي تندرج في هذه الفئة ظهور القلق والمخاوف بصورة واضحة. وتضم هذه الطائفة الشخصيات الآتية: المتجنبة، الإعتمادية، الوسواسية القهرية.(DSM IV, 1994)

أنماط اضطرابات الشخصية:

أولا: الطائفة الأولى: الشخصيات الشاذة والغريبة (Odd and eccentric).

١- اضطراب الشخصية البارانويدية Paranoid personality disorder:

مدى إنتشارها:

- ينتشر هذا النمط من اضطرابات الشخصية ما بين ٠.٥٪ إلى ٢.٥٪ .
- ينتشر هذا النمط من الاضطراب بين أقارب مرضى الفصام والاضطراب الضلالي.
- هذا النمط من الاضطراب وجد أنه أكثر انتشارًا بين الذكور مقارنة بالإناث.

تعريف الشخصية البارانويدية:

هو اضطراب شخصية يتميز بحساسة مفرطة نحو الهزائم والرفض، وعدم مغفرة الإهانات، وحمل الضغائن بشكل مستمر، والشك في الآخرين، وميل لتشويه الخبرات من خلال سوء تفسير الأفعال المحايدة على أنها عدوانية، على إعتقاد مستمر أن الجميع يريدون إلحاق الأذى به.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥٧٣)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية البارانويدية وفقًا للدليل الرابع:

١ ـ الشك في ان الآخرين يقومون بإستغلاله وإيذائه أو خداعه دونما إستناد إلى أدلة كافية.

٢ ـ الإنهماك في شكوك لا مبرر له في ولاء الأصدقاء، وكل معارفه، وفي مدى إستحقاقهم للثقة التي منحهم إياها.

٣ ـ العزوف عن الإفضاء بأسراره للآخرين خوفًا من إستغلالهم لهذه المعلومات ضده.

٤ ـ تراوده شكوك مستمرة في مدى إخلاص الزوجة أو من يماثلها من أشخاص يتعامل معهم.

٥ ـ يؤمن بأنه يتعرض لإعتداء على خُلقه وسمعته، ولا يشعر بذلك أحداً غيره. وهذا سيتوجب منه ـ بلا شك ـ سرعة الغضب والمبادرة برد الإعتداء (إنطلاقاً من المثل القائل: إتغدى بيهم قبل أن يتعشوا بك).

٦ ـ لا يغفر الإهانة مهما كانت ويضمرها داخله.

٧ ـ ينقب عن معان خفية أو خرى تنطوي على التهديد فيما يسمعه أو فيما يتعرض له من مواقف عادية.

٨ ـ يشعر بالإهانة والإزدراء بسهولة، ويستجيب بالغضب والتهور بسرعة، أو قد يقوم من فوره بمهاجمة الشخص الآخر الذي يعتقد أنه قد أهانه.

ملحوظات:

أ ـ لا بد من توافر أربعة معايير (أو اكثر) من الأعراض السابقة حتى نتمكن من تشخيص هذا النمط من اضطرابات الشخصية.

ب ـ يشترط ألا يقتصر حدوث الأعراض السابقة أثناء مرض الفصام أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية أو أي اضطراب نفسي آخر، وألا تكون نتيجة مباشرة لمرض عضوي.

ج ـ إن الصفات الأساسية المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتي: ـ

- شك وإرتياب في الآخرين.
- يفسر دوافع وسلوك الآخرين على أنه شرير وعدواني.
- يبدأ الاضطراب في بدايات سن الرشد.
- تظهر الأعراض السابقة ـ وبصورة متكررة ـ في الكثير من المواقف الحياتية والتفاعلات الإجتماعية التي تتم بين الشخص والآخرين.

٢ ـ اضطراب الشخصية شبه الفصامية Schizoid Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

تتخذ وبائياته الصفات الآتية:

- يصيب حوالي ٧,٥٪ من جملة السكان.
- يكثر حدوثه بين أفراد أسر لهم تاريخ سابق في الإصاب بمرض الفصام.
- يكثر حدوثه بين الذكور أكثر من حدوثه بين النساء.

تعريفها:

نمط متأصل من عدم الإكتراث بالعلاقات الإجتماعية، والقدرة المحدودة على إستشعار الخبرات الإنفعالية والتعبير عنها، والذي يبدأ من مرحلة الرشد المبكر ويظهر في مواقف مختلفة.(Spitzer., et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقًا للدليل الرابع:

١ ـ لا يرغب في إقامة علاقات إجتماعية وثيقة مع الآخرين.

٢ ـ حتى أفراد أسرته لا يستمتع بعلاقته معهم، ولا يسعى إلى توثيق علاقته بهم.

٣ ـ يختار دومًا أن يمارس الأنشطة الفردية، والتي لا تتطلب وجود آخر يشاركه.

٤ ـ لا يهتم بشكل يذكر بإقامة علاقة جنسية مع أفراد الجنس الآخر.

٥ ـ لا يشعر بالمتعة من ممارسة أي نشاط تقريبًا.

٦ ـ ليس لديه إصدقاء مقربون أو من يأتمنهم على أسراره.

٧ ـ لا يهتم بما يبديه الآخرون نحوه من مدح أو ذم.

٨ ـ يظهر عليه البرود العاطفي والتباعد عن الآخر، وتسطيح الإنفعالات حي يظهر عليه: التحفظ، البرو، نادرًا ما يبادر غيره بتعبيرات الوجه أو الحركة مثل الإبتسامة أو هز الرأس.

ملحوظات:

أ ـ لابد من توافر أربعة محكات أو علامات أو أعراض حتى يمكن أن نشخص الفرد في هذه الفئة.

ب ـ يشترط لتشخيصه ألا يقتصر ظهور أعراضه على فترات من الإصابة بمرض الفصام، أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية، أو اضطراب نفس آخر أو اضطراب قصور النمو، وأن لا يكون نتيجة مباشرة للإصابة بمرض عضوي.

ج ـ إن الصفات المميزة لهذا النمط من الشخصية يتصف بالآتي: ـ

- عدم إقامة أي علاقات إجتماعية.
- التعبير الإنفعالي الضحل والمعدوم في المواقف الإجتماعية.
- تبدأ الإصابة بهذا النوع من الاضطراب في مرحلة مبكرة من سن الرشد.
- تظهر الأعراض المميزة لهذا النوع من الاضطراب في العديد من المواقف وبصورة متكررة.

٣ ـ اضطراب الشخصية فصامية النوع Schizotypal Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

تتخذ وبائياته الصفات الآتية:

- تبلغ نسبة إنتشاره (٣٪) بين السكان.
- يزداد إنتشاره لدى الأشخاص الذين لديهن أقارب لهم تاريخ سابق من الإصابة بمرض الفصام.
- يزداد إنتشاره بين الذكور أكثر من الإناث.

تعريفه:

وهذا النمط من الشخصية يختلف عن الشخصية شبه الفصامية، حيث أن الشخصية فصامية النوع تعني بوجه عام أن الفصام قد تجسد في شخص

يمارس حياته ظاهريًا بالأسلوب العادي، فهو شخص لا يبالي، ولا يصنع علاقات بأي درجة من السطحية أو العمق، ولا يشعر بثقل ظله على الآخرين، ولا يعترف بأي مساحة خارج حدود ذاته، ويهم بشكل أو آخر في إعاقة نحوه وبالتالي نحو من حوله.(يحيى الرخاوي، ١٩٧٩، ١١٥)

والشخصية شبه الفصامية نمط متغلغل من القصور في الإرتباط بالآخرين، وشذوذ التفكير والمظهر والسلوك التي تبدأ في مرحلة الرشد المبكر وتظهر في مواقف متنوعة.(Spitzer., et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية شبه الفصامية وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

١ ـ الأفكار الإيمائية إلا انها لا ترقى إلى مستوى الضلالات (والأفكار الإيمائية تعني أن الشخص يشعر ان الآخرون يتكلمون عنه، ويختلف هذا عن الضلالات الإيمائية؛ لأن الشخص في هذه الحالة يجزم بذلك ولا يكتفي بالشك في أن الآخرون يتحدثون عنه).

٢ ـ المعتقدات الغريبة والتفكير السحري لذي يؤثر على السلوك، ولا يتوافق مع معايير الثقافة التي يتمي إليها الشخص (مثل الإعتقاد بالخرافات، والإيمان بمعرفة أن أشخاصًا معينين يعلمون الغيب، والإيمان بإمكانية التواصل عن بعد، وإعتقاده بإمتلاك ما يسمى بالحاسة السادسة، وأن الأشياء من الممكن أن تحدث بمجرد التفكير فيها).

٣ ـ غرابة التفكير والكلام (كأن يتصف حديث الشخص: بالغموض، الإسترسال، إستخدام الإستعارة، التعقيد، النمطية).

٤ ـ كثرة الشك والتفكير البارانويدي.

٥ ـ عدم توافق الإنفعال مع التفكير أو المواقف الحياتية.

٦ ـ إتصاف السلوك أو المظهر بالغرابة أو الشذوذ أو الخروج عن المألوف.

٧ ـ ليس لديه صدقاء مقربون، أو من يأتمنهم على أسراره.

٨ ـ خبرات حسية غير مألوفة بما في ذلك توهمات خاصة بشكل الجسم.

٩ ـ قلق إجتماعي مبالغ فيه يرتبط في الغالب بمخاوف بارانويدية بدلا من الإنشغال بالآراء السلبية المتعلقة بالذات.

١٠ ـ الشعور بوجود قوة خفية حوله بالرغم من عدم قدرته على رؤية أحد حوله.

١١ ـ يحدث ان يرى وجهه أو وجه شخص آخر يتغير أمامه في المرآة.

ملاحظات:

أ ـ لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابق حتي يمكن تشخيص الفرد وفقًا لهذا النمط من الاضطرابات.

ب ـ يشترط لتشخيص هذا النمط من اضطرابات الشخصية: عدم إقتصار ظهور أعراضها على فترات من الإصابة بمرض الفصام، أو اضطراب وجداني مصحوب بأعراض ذهانية، أو اضطراب قصور النمو.

ج ـ إن الصفات المميزة لهذا النمط من اضطرابات الشخصية تتصف بالآتي:

- القصور في إقامة علاقات إجتماعية.
- قصور في العلاق بالآخر (قدر الإمكان).
- الشعور بعدم الإرتياح تجاه أي علاقات تبدو وثيقة.
- تدني في القدرة على إقامة أي علاقة.
- وجود قدر كبير من التشويه المعرفي والإدراكي وغرابة السلوك (والتصرفات).
- تبدأ الإصابة بهذا النمط من اضطرابات الشخصية في مرحلة الرشد المبكرة.
- يمكن رصد العديد من الاعراض التي تميز هذا النمط من اضطرابات الشخصية في مناسبات ومواقف متعددة.

ثانيًا: الشخصيات التي تتصف بالتهويل والإنفعالية وعدم الإتساق Dramatic, emotional, erratic

١- اضطراب الشخصية المضادة أو المناهضة أو غير الإجتماعية Antisocial personality Disorder:

مدى إنتشارها:

حيث تتصف وبائيات هذا الاضطراب بالآتي: -

- يبلغ إنتشار هذا الاضطراب بين الذكور ٣٪.
- يبلغ إنتشار هذا الاضطراب بين الإناث ١٪.
- تزداد نسبة حدوث اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع واضطراب التبدين وإدمان الخمر في أسر بعينها.
- تشير دراسات التبني إلى وجود عامل وراثي يقود إلى حدوث هذا النمط من الاضطرابات.
- يزداد إنتشار هذا الاضطراب لدي الطبقات الإجتماعية ذات المستوى الإجتماعي والإقتصادي والثقافي المتدني.

التعريف:

هو اضطراب شخصية يتميز بعدم الإهتمام بالإلتزامات الإجتماعي، وإفتقاد الشعور مع الآخرين، وعنف غير مبرر أو لا مبالاة وإستهتار. كما أنه متبلد الشعور، لا يبالي بآلام الآخرين علمًا بأن الكثير من الأعراض والسلوكيات المضادة للمجتمع تظهر منذ طفولة هذا الشخص. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية المناهضة للمجتمع وفقاً للدليل التشخيصي الرابع:

١ ـ كثرة الهروب (أو التزويغ) من المدرسة.

٢ ـ القيام بالهروب من البيت وأمضى ليلة أو أكثر خارج منزل والديه أو من يقومان بتربيته.

٣ ـ كثيراً ما يبدأ بالشجار.

٤ ـ إستخدام سلاح أو أكثر في أكثر من مشاجرة واحدة.

٥ ـ أجبر شخصاً على ممارسة الجنس معه.

٦ ـ القسوة في إذاء الحيوانات وتعمد ذلك.

٧ ـ القسوة وإيذاء الآخرين في غير المشاجرات.

٨ ـ تعمد إشعال الحرائق.

٩ ـ كثرة الكذب (على أن لا يكون لتجنب العقاب البدني أو الإعتداء الجنسي).

١٠ ـ السرقة لأشياء ما (ويدخل في هذا السياق إمكانية التزوير وتوقيع إمضاء شخص آخر مثلا).

١١ ـ عدم الشعور بالندم.

١٢ ـ تبرير سلوكياته المضادة للمجتمع السابقة (مثل الكذب ـ الغش ـ السرقة ـ الإعتداء... إلخ).

١٣ ـ الإستهتار بسلامة النفس والغير (ولنا أن نتخيل أن مثل هذا الشخص مسؤل عن قيادة مركبة من مركبات المواصلات العامة).

١٤ ـ إتباع الخداع لتحقيق منافع شخصية (مثل إستعارة أسماء الغير، الإحتيال والنصب على الآخرين... إلخ).

١٥ ـ التهور والإندفاعية.

١٦ ـ عدم وجود أي تخطيط للمستقبل.

ملاحظات:

أ - لابد من توافر ثلاثة معايير (أو أكثر) حتى يمكن التشخيص وفقاً لهذا النمط من الاضطرابات.

ب - ألا تقل سن الشخص عن ١٨ عامًا.

ج - توافر العديد من الدلائل التي تشير إلى إصابته باضطراب السلوك وقبل بلوغه سن (١٥) عامًا.

د - ألا يقتصر ظهور السلوك المناهض للمجتمع على فترات إصابة بالفطام أو بنوبة هوس.

هـ - إن الصفات المميزة لهذا النمط من اضطرابات الشخصية يتصف بالآتي:

- عجز عن الإستمرار في العمل بصورة مستقرة.
- بطالة لمدة ٦ أشهر بالرغم من توافر العمل وإمكانية إلتحاقه به.
- وإن إلتحق بالعمل فستجد أن السمة الأساسية الغياب المتكرر بالرغم من عدم وجود ما يستدعي غيابه.

سمات السيكوباتيين:

وجدت العديد من الدراسات أن النمط المضادة للمجتمع يتسم بالصفات الآتية:

١ - تظهر نزعاتهم منذ سن مبكرة في صورة أعمال مضادة للخلق أو في صورة تكبر ظاهر وعناد وتحد لسلطة الكبار.

٢ - أنهم لا يستجيبون للعقاب أو التعلم أو العلاج، ولذا فإنهم يقومون بهذه الأعمال المضادة بإلحاح.

٣ - يرتكب السيكوباتيون أعمالهم دون خجل، وفي بعض الأحيان علانية. بل لقد يفاخرون بها وليس في مقدورهم أن يحتفظوا بسرية أعمالهم.

٤ ـ لا ينتفعون من التجربة السابقة.كما أنهم يعيشون في ملذات الحاضر وتجرفهم أهواء اللحظة الراهنة.كما أنهم لا يعبأون بالنتائج التي يتعرضون لها.

٥ ـ يرتكبون جميع انواع الجرائم، أي أنهم لا يتخصصون في جريمة بعينها.

٦ ـ جرائم السيكوياتية لا معنى لها. أي أنهم يكذبون من أجل الكذب في حد ذاته وكذلك الأمر في السرقة والنصب والإحتيال.

٧ ـ على الرغم من إستمرار سلوكهم المضاد لمجتمع إلا أنهم يبدون أمام الغرباء كقوم ظرفاء.

٨ ـ سوء السلوك عند السيكوباتيين له صفة الإدمان يعكس المجرمين الذين يظهر سلوكهم السيء في نوبات متقطعة لأنهم ينتظرون خير فرصة لإرتكاب جرائمهم دون إفتضاح.(فرج طه، ١٩٧٩، ٩٧ ـ ٩٨)

٢- اضطراب الشخصية البينية Borderline personality Disorder:

مدى الإنتشار:

تشير وبائيات هذا النمط من اضطراب الشخصية إلى:

- بداية يتفق الإخصائيون الإكلينكيون على أن تشخيص اضطراب الشخصية البينية وعلاجها من الأمور المثيرة للتحدي وصعوبة العلاج.
- أن بداية الإقدام على علاج مثل هذا النمط من الاضطرابات لا يقدم عليه المعالجون، وإذا أقدموا أقدموا في رهبة ووجل.
- أن السبب في الإحجام عن علاج مثل هذا النمط من الاضطرابات يتمثل في أمرين:

أ ـ زيادة عدد المنتحرين من بين الذين يعانون من هذا النمط من الاضطرابات.

ب ـ أن المريض قد يقدم على الإنتحار دون وجود تاريخ سابق أو مؤشرات تشير إلى حدوث هذا الفعل.(لينهان، كيهرر، ٢٠٠٢، ٩٥٥)

- يصيب هذا الاضطراب حوالي ٢٪ من إجمالي السكان.
- أكثر إنتشارًا بين الإناث.
- ترتفع نسبة حدوث اضطراب الوجدان وتعاطي المخدرات بين أفراد أسر المرضى.
- يزداد إنتشار اضطراب الشخصية البينية بين أمهات مرضى هذا الاضطراب.

تعريفه:

هو نمط متغلغل من عدم الإستقرار الإنفعالي، وعدم إستمرار العلاقات مع الآخرين، وعدم ثبات صورته عن ذاته، والذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة.(Spitzer., et al, 1990)

مع الأخذ في الإعتبار أن هذا النمط من اضطرابات الشخصية قد تزايد به الإهتمام مؤخرًا للعديد من العوامل: ـ

- أن تعريف هذا النمط من الاضطراب يكتنفه العديد من الإختلاف والتعقيد.
- كثيرًا ما يتم الخلط بينه وبين العصاب والذهان واضطرابات الشخصية الأخرى، والاضطرابات المعرفية.
- لذلك فإن مسح البحوث السابقة في هذا المجال قد أكدت أن أكثر من ٤٠٪ من الدراسات والبحوث تم تخصيصها لدراسة اضطرابات الشخصية البينية.(Widiger.T.of Frances.A., 1989, p:8)

تشخيص اضطرابات الشخصية البينية وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

١ ـ نمط من العلاقات الإجتماعية غير المستقرة والعميقة مع الآخرين تتصف بالتقلب بين التطرف في الإعجاب والتطرف في التحقير.

٢ ـ السلوك المندفع في مجاليين ـ على أقل تقدير ـ يتصفان بالإضرار بالذات مثل:

- التبذير إلى درجة السفه.
- المبالغة في ممارسة الجنس.
- تعاطي المخدرات.
- إختلاس المعروضات.
- الإستهتار في القيادة.
- نوبات من الإفراط في تناول (أو إلتهام) الطعام.

٣- عدم إستقرار الإنفعال. حيث نجد إنحرافات واضحة عن الحالة الإنفعالية المعتادة بإتجاه الإكتئاب أو العصبية أو القلق الذي يتفرق في العادة ساعات قليلة، ولا يتجاوز بضعة أيام في أحوال نادرة.

٤- عدم القدرة على التحكم في الغضب، أو الغضب دون مبرر، فيثور كثيرًا على سبيل المثال، أو يغضب بصورة مستمرة، أو يتشابك بالأيدي مع غيره بصورة مستمرة.

٥- التهديد بالإنتحار أو التظاهر بمحاولته أو القيام به أو السلوك الهادف إلى تشويه صورة الجسم.

٦- اضطراب ملحوظ وستمر في إدراك الهوية والذي يتضمن عدم تأكد من إثنين على الأقل من (المواضيع) الآتية: ـ

- تصوره عن ذاته.
- إتجهاته الجنسية.
- أهدافه البعيدة.
- إختياره للمهنة.
- نوع الأصدقاء الذين يريدهم.
- قيمه المفضلة أو التي يؤمن بها.

٧- تتابه مشاعر من الخواء النفسي والملل المزمن (دون وجود سبب خارجي واضح).

٨- جهود محمومة تهدف إلى منع قيام شخص آخر بتركه في الواقع أو الخيال، (ولذا قد يقوم بالعديد من السلوكيات (مثل الإستعطاف) والتي تهدف إلى محالة إبقاء الطرف الآخر معه وأن لا يفارقه).

٩- ظهور أفكار إضطهادية بصورة عابرة عند التعرض للضغوط النفسية.

ملحوظات:

أ- لا بد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يتم تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

ب- يتسم هذا النوع من الاضطرابات بالصفات الآتية: ـ

- نمط متأصل من عدم إستقرار العلاقات مع الآخرين.
- تهور ملحوظ وإندفاعية هوجاء تجاه الآخر أو الذات.
- يظهر هذا النمط من الاضطرابات في الكثير من المواقف والتفاعلات مع الآخرين.

٢- اضطراب الشخصية الهستيري Histrionic Personality Disorder:

مدى الإنتشار:

تتلخص وبائيات هذا الاضطراب في الصفات الآتية:

- ينتشر بنسبة ٢ ـ ٣٪ بين السكان.
- أكثر إنتشارًا بين الإناث.
- يندر تشخيصه بين الذكور.

يقدر أحمد عكاشة (١٩٩٨) أن نسبة وجودها تصل إلى حوالي ١٠٪ بين أفراد الشعب المصري، ويحتمل إرتفاع نسبة وجود هذا الاضطراب لدى النساء (دون الرجال) إلى حوالي ٣٠٪.

تعريفها:

هو نمط سائد يتصف بالتهويل والإنفعالية، والنزوغ إلى الإقتصار على العموميات دون التطرق إلى التفاصيل في الحديث.

ولذا فإن الشخصية الهستيرية ليست مرضًا ولكنها تقلب في العاطفة وتغير سريع في الوجدان لأتفه الأسباب، إضافةً إلى سرعة التأثر بالأحداث اليومية والأخبار المثيرة، بل ويرسمون خططهم وفقًا لهذه الحالة الإنفعالية. كما أنها تتميز: بالأنانية، رغبة في الظهور، إستجلاب الإهتمام، المحاولات المستمرة والدائمة للفت إنتباه الآخرين، وحب الإستعراض، والمبالغة في الكلام والملابس والزينة والتبرج، إضافةً إلى تأويل الكثير من الظواهر العادية إلى صفات تتصل بالجنس.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تشخيص اضطرابات الشخصية الهستيرية وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

١- السعي إلى المديح بصورة غير عادية.

٢- يبدي من مظهره أو سلوكه الرغبة في الإغراء الجنسي بصورة غير لائقة.

٣- شديد الإهتمام بجاذبية المظهر؛ ولذا يشعر بضيق شديد إذا لم يك موضع تقدير وإهتمام لآخرين.

٤- يظهر إنفعالاته بصورة مبالغ فيها (وربما غير لائقة).

٥- يشعر بعدم الإرتياح في المواقف التي لا يكون فيها محط أنظار وإهتمام الآخرين.

٦- الأنانية؛ حيث تهدف أفعاله إلى الحصول على المتعة الفورية لأنه ـ بطبيعته ـ لا يتحمل التأجيل، أو الإحباط الناتج عن تأجيل الحصول على المتعة.

٧- تتصف طريقة كلامه بعدم الموضوعية، والإنطباعات الشديدة، وقلة التفاصيل.

٨- سهل التأثر بالإيحاء أو بأفكار الآخرين والمواقف الإستهوائية.

٩- يعتبر علاقاته بالغير أكثر حميمية ما هي عليه بالفعل.

ملاحظات:

أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) من الأعراض السابق ذكرها حتي يمكن تشخيص هذا النمط من الاضطراب.

ب- يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية: ـ

- يبدأ عادة في مرحلة مبكرة من سن الرشد.
- يتسم بفرط الإنفعال.
- يهدف إلى لفت أنظار الآخرين.
- يظهر العديد من المواقف المختلفة ومن خلال تفاعلاته مع الآخرين.

٣- اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder:

مدى الإنتشار:

تتصف وبائيات هذا الاضطراب بالآتي: ـ

- هذا الاضطراب يصيب نسبة لا تقل عن ١٪ من السكان.
- من الأمراض المزمنة، صعبة العلاج.
- يؤدي هذا المرض إلى المضاعفات الآتية: ـ
- اضطراب الوجدان.
- حالات ذهانية عابرة.
- الاضطرابات جسدية الشكل.
- اضطراب تعاطي المواد المخدرة.
- المآل ولا يدعو إلى التفاؤل.

تعريفه:

نمط متغلغل من الشعور بالعظمة في الخيال، أو يتضح من سلوكه عدم القدرة على الشعور بمشاعر الغير، حساسية مفرطة لأراء الآخرين فيه، نمط يبدأ يفي مرحلة الرشد المبكرة.إضافةً إلى شعور بالخيلاء والإنشغال المفرط بما يتعلق بتقدير الذات.

معايير تشخيص اضطرابات الشخصية النرجسية وفقًا لمعايير الدليل التشخيصي الرابع:

أ- تتصف ردود أفعاله للنقد بالشعور بالغيظ والخزي أو المهانة حتى لو لم يعبر عنها.

ب- تضخم إحساس الشخص بأهميته حيث المبالغة في وصف إنجازاته ومواهبه، ويتوقع أن يعترف الآخرين بتفوقه دون قيامه بما يتفق مع ذلك.

ح- إنشغاله بخيالات النجاح الذي لا يعرف حدودًا، والقوة، والألمعية والجمال، والحب العذري.

د- يطالب بالحصول على الإعجاب الشديد إلى درجة إستجداء المديح من الآخرين.

هـ- يشعر بأن له حقوق لا يستحقها بالفعل (مثل: توقعاته غير المعقولة بأن يلقى معاملة خاصة، أو أن تقابل توقعاته بالطاعة العمياء).

و- يستغل علاقاته بالآخرين؛ كأن يستفيد من علاقته بهم في تحقيق مآربه الخاصة.

ز- يفتقر إلى التعاطف، وليس لديه إستعداد للإعتراف بمشاعر الغير وحاجاتهم أو التوحد بها.

د- كثيرًا ما يحسد غيره أو يعتقد أن الآخرين يغارون منه.

ز- يتصف سلوكه بالغطرسة والخيلاء.

ملاحظات:

أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) لكي يتم التشخيص وفقًا لهذه الفئة (من الأعراض السابقة).

ب- يتسم هذا النوع من الاضطراب بالصفات الآتية: ـ

- نمط متأصل يتصف بالخيلاء (في الخيال أو تظهر في السلوك).
- الحاجة إلى إستمرار إعجاب الآخرين به ومدحه.
- إنعدام التعاطف (الحقيقي النابع من الداخل) تجاه الآخرين.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر في العديد من المواقف الحياتية والمعاشة وتجاه تفاعلاته مع الآخرين.

ثالثًا: شخصيات تتصف بالخوف والقلق

١- اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية Obsessive compulsive personality disorder:

مدى الإنتشار:

تتصف وبائيات هذا الاضطراب بالآتي: ـ

- يصيب الذكور أكثر من الإناث.
- إحتمال وجود عامل وراثي.
- إرتفاع تطابق حدوثه في التوءمين أحادي البويضة.
- أكثر حدوثًا بين أكبر الأبناء.

وفي مصر يلخص الموقف أحمد عكاشة كالآتي: ـ

- وجد أان بعض أولاد المرضى بالوسواس القهري يعانون من نفس المرض، هذا غير باقي أفراد العائلة الذين يعانون من الشخصية القهرية، وقد وجدت في دراسة حديثة أن التاريخ العائلي لمرض الوسواس القهري في مصر يظهر في (١٦) مريض من (٨٤) حالة؛ أي حوالي ٣٠٪.
- تبين حديثًا أن الشخصية القهرية لا تظهر إلى في حوالي ٢٠ ـ ٢٥٪ من حالات الوسواس القهري، وأنه كثيرًا ما يسبق الاضطرابات شخصيات أخرى مثل: الشخصية الإعتمادية، والبينية أو شبه الفصامية، وكذلك أنماط مختلفة.
- إتضح أن مرض اضطرابات الشخصية في مصر ـ في دراسة حديثة ـ يأتون بين سن ٢٠ ـ ٤٠ عامًا.
- يغلب على الشخصيات الوسواسية القهرية في مصر طابع الطقوس الحركية؛ وخصوصًا تلك المتعلقة بالنظافة والتلوث وما يتبعها من مخاوف، وأن ذلك له صلة بالناحية الدينية.
- وجد في مصر ـ في دراسة حديثة ـ أن ٨٪ من الحالات المصابة بالوسواس القهري قد تحولت في غضون خمس سنوات من الوسواس القهري إلى أعراض ذهان الفصام.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تعريفه:

اضطراب شخصية يتميز بعدم الإستقرار على رأي، والشك والحذر الشديد؛ مما يعكس عدم أمان شخصي عميق. إضافةً إلى الحاجة إلى التأكد المتكرر من الأشياء، وإنشغال مفرط بالتفاصيل لا يتناسب وأهمية المهمة، ولدرجة تفقد معها الرؤية للموقف الأوسع ودقة مفرطة وضمير حي، وإنشغال غير ضروري بالإنتاجية الشخصية لدرجة إستبعاد المتعة والعلاقات الشخصية. إضافةً إلى تميزها بالنظام الشديد، والدقة المتناهية في الأمور، والمطالبة بالمثل

العليا وإحترام التقاليد مع ميلهم للصلابة في الرأي وعدم المرونة في معاملة الناس ويميلون للروتين. وإن إختلف أحد معهم في شيء من ذلك إتهموه بالإهمال وإنعدام الضمير، وهم يحاسبون أنفسهم على أتفه الأشياء، ولا يكادون يخلدون إلى الراحة حتي يبدئون في لوم أنفسهم. إضافةً إلى الميل إلى التكرار والتأكد من كل عمل، إضافةً إلى إهتمامات مبالغ فيها بمسألة نظافة المسكن والملبس، إضافةً إلى ميلهم إلى القراءة في المسائل الطبية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية القهرية وفقًا للدليل الرابع:

١- الإنشغال بالتفصيلات واللوائح والقوائم والتنظيم والجداول؛ بحيث يغيب عن ذهن الشخص الهدف النهائي من النشاط المطلوب.

٢- السعي وراء الكمال لدرجة تحول دون إكمال المهام أو العمل، وعدم القدرة على إنهاء المهمة بسبب عدم إنطباق معاييره الصارمة عليها، إضافةً إلى إنفاق وقت أطول في إتمام العمل رغبةً منه في الوصول إلى درجة الكمال المطلق.

٣- يبالغ في تكريس نفسه للعمل والإنتاج، متغاضيًا عن الأنشطة الترفيهية والصداقات (شرط ألا يكون عدم ممارسته للأنشطة ناتج عن عسرة المال).

٤- يقظة الضمير، وفرط الإحتشام، وعدم المرونة فيما يتعلق بالموضوعات التي ترتبط بالأخلاق والقيم (بشرط ألا يكون السلوك السابق مفروضًا عليه من ديانته أو طبيعة الثقافة التي يعيش في كنفها).

٥- العجز والتردد وعدم التخلص من الأشياء المستهلكة أو عديمة القيمة حتى وإن لم يكن لها أي ذكريات عاطفية أو إنفعالية.

٦- العزوف عن تفويض غيره في القيام بأي عمل يخصه، أو حتى مساعدته في العمل مالم يضع اللوائح والتفاصيل لتفويض الآخر بأداء جزء من العمل.

٧- البخل في الإنفاق على النفس والغير، بل ويرى أن النقود (أشياء ثمينة وعظيمة) يجب تكديسها تحسبًا لكوارث قد تحدث في المستقبل.

٨- يتصف سلوكه بالجمود والعناد والصلابة وعدم المرونة.

٩- نادرًا ما يظهر القدرة على التعبير الإنفعالي، وإظهار العواطف الرقيقة أو لا يظهرها على الإطلاق (ولذا قلما يحتضن أو يقبل أعزاء، ونادرًا ما يبدي الحب والود لهم).

ملاحظات:

أ- لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن التشخيص.

ب- يتسم هذا النوع من الاضطراب بالآتي: ـ

- الإنشغال المفرط بالنظام والكمال.
- القدرة على التحكم في التفكير والعلاقات الإجتماعية.
- يتميز بالصلابة والعناد والإصرار على رأيه.
- يظهر هذا الاضطراب في بداية سن الراشد المبكر.
- يظهر هذا الاضطراب من خلال رصد أعراضه السابقة في كثير من المواقف والتفاعلات الإجتماعية.

٢- اضطراب الشخصية المتجنبة Avoidant Personality Disorder:

مدى الإنتشار:

- تبلغ نسبة إنتشارها بين السكان ٠,٥٪ إلى ١٪.
- من العوامل التي تمهد لهذا الاضطراب: اضطراب الطفولة والمراهقة المتجنب، والأمراض الجسمية المؤدية إلى التشويه.

تعريفها:

نمط متغلغل من الشعور بعدم الإرتياح الإجتماعي، تتسم بالخنوع والإعتماد على غيرها، والخوف من التقيين السلبي بواسطة الآخرين، والخجل الذي يبدأ في مرحلة الرشد المبكرة.(Spitzer., et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية المتجنبة وفقًا للدليل الرابع:

١- تجنب الأنشطة المهنية والتي تتطلب التعامل مع الجمهور؛ لخوفه من: النقد، أو عدم الرضا عنه، أو رفضه.

٢- لا يقيم أي علاقة مع أي شخص إلا إذا أخذ الضمانات والتأكيدات من أن هذا الشخص سوف (يحبه) ولا ينتقده.

٣- متحفظ تجاه العلاقات الوثيقة خشية تعرضه للسخرية أو إشعاره بالخزي.

٤- منشغل دومًا بإمكانية تعرضه للنقد أو الرفض في المواقف الإجتماعية.

٥- شعوره بالكف في المواقف الإجتماعية الجديدة لإحساسه بعدم كفاءته (ولذا يخشى النطق بكلام سخيف أو غير مناسب لدرجة أن يتهرب من الإجابة على بعض الأسئلة).

٦- ينتابه إحساس دوماً بأنه أحمق، وأن مظهره منفر، وأنه دومًا أقل وأدنى من الآخرين.

٧- يحجم بشكل غير عادي عن الإقدام على المخاطرة الشخصية أو ممارسة أي نشاط جديد خشية أن يسبب له الحرج.

٨- ليس لديه أصدقاء حميمين أو من يأتمنهم على أسراره.

٩- يبالغ في الصعوبات أو الأخطار المحتملة والمتعلقة بقيامه بأشياء عادية، ولكنها لا تدخل ضمن نطاقه المعتاد (مثال: يلغي في آخر لحظة حضوره لحفل لتوقعه الشعور بالإرهاق من المجهود الذي سيبذله للوصول إلى مكان الحفلة).

ملاحظات:

أ- لا بد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) من المعايير السابقة حتى يمكن تشخيص الشخص وفقاً لهذا النمط من الاضطراب.

ب- لعل من أهم السمات الأساسية التي تسود أصحاب هذا النمط من الاضطراب: ـ

- سيادة مشاعر بعدم الكفاءة.
- فرط الحساسية لأي نقد أو تقييم سلبي.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر هذا الاضطراب في العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية للشخص.

٣- اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها Dependent Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

- أكثر إنتشارًا بين الإناث مقارنة بالذكور.
- اضطراب شخصية شائع (وإن كانت الدراسات لم تحدد النسبة بعد).
- من العوامل المهيئة لهذا الاضطراب إمكانية إصابة الشخص بمرض عضوي مزمن أثناء مرحلة الطفولة، أو معاناته من قلق الإنفصال عن الأم.

(Kaplan.H & sadock.B., 1996)

تعريف اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها:

اضطراب شخصية يتميز بإعتماد شامل على الآخرين أو السماح لهم بتولي مسؤولية جوانب هامة في حياة الشخص، وتسخير الإحتياجات الذاتية

للآخرين الذين يعتمد عليهم الشخص، ورضوخ غير مبرر لرغباتهم، إضافةً إلى إحساسه بعدم الكفاءة، والإنشغال بالخوف من الناس كي لا يهجوه، والإحساس بعدم الراحة عندما يكون وحيدًا، والإحساس بالكارثة حين تنفصم علاقة حميمة مع آخر، إضافةً إلى إلقاء التبعية والمسؤولية على الآخرين دومًا مع إفتقاد إلى الثقة في النفس والإحساس بالعجز وعدم القدرة على إتخاذ القرارات.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية المعتمدة على غيرها وفقًا للدليل الرابع:

١- يشعر بصعوبة في إتخاذ قرارات الحياة اليومية دون اللجوء إلى نصح الآخرين وطمأنتهم بصورة مبالغ فيها.

٢- يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية بشأن جوانب رئيسية من حياته.

٣- يجد مشقة في التعبير من إختلافه في الرأي مع الآخرين لخوفه من فقدان دعمهم أو رضاهم عنه.

٤- يصعب عليه المبادرة بالقيام بأعمال جديدة، أو الإضطلاع بالمهام مع تحمل المسؤولية (ويستند الشخص إلى عدم ثقته في صحة حكمه على الأمور، وفي قدراته وليس لإنعدام دافعيته أو نشاطه).

٥- يبذل جهدا كبيرًا للحصول على رعاية الآخرين ومساندتهم إلى حد تطوعه للقيام بمهام (مزعجة).

٦- يشعر بعدم الإرتياح والعجز عندما يكون بمفرده لمخاوف مبالغ فيها من عدم تمكنه من رعاية نفسه.

٧- يبحث بإلحاح عن علاقة جديدة كمصدر لرعايته ومساندته عند إنتهاء علاقة وثيقة تربطه بشخص آخر.

٨- ينشغل بصورة غير واقعية بمخاوف تركه ليتولى رعاية نفسه بنفسه.

(DSM IV, 1994)

ملاحظات:

أ- لابد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص.

ب- أهم الصفات لهذا النمط من اضطرابات الشخصية هو: ـ

- فرط الحاجة إلى أن يرعاه الآخرون.
- الخنوع والإلتصاق بالغير.
- تنتابه مخاوف الإنفصال.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات الإجتماعية مع الآخرين.

الطائفة الرابعة: اضطرابات شخصية لم يسبق تصنيفه

ملحوظة:

هذه الاضطرابات الخاصة بهذه الفئة غير مدرجة في الدليل الرابع حاليًا، وتخضع للبحث أملا في أن تضاف إليه في الإصدار القادم، ولذا تقدم محاولة للوقوف على أهم أعراض وسمات هذه الاضطرابات من الشخصية والذي لم يسبق تصنيفه.

١-اضطراب الشخصية السلبية العدوانية Passive aggressive Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

- لا توجد نسب محددة توضح مدى الإصابة بهذا الاضطراب.
- إصابة الفرد باضطراب التحدي والعناد في الطفولة (كسمة) يمكن أن نأخذه كمؤشر لإصابة الفرد ـ فيما بعد ـ باضطراب الشخصية السلبية العدوانية.

تعريفها:

نمط متغلغل من المقاومة السلبية لما يطلب منه أداء إجتماعي أو مهني كاف. حيث يكون الفرد متباطئًا في إنجازه للأعمال، ويصبح كثير الجدل عندما يطلب منه فعل شيء لا يريده، إضافةً إلى (تعمد نسيانه) الأعمال والوعود التي عاهد نفسه على الوفاء بها بحجة أنه قد نسي ذلك.

(Spitzer., et al, 1990)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية السلبية العدوانية وفقاً للدليل الرابع:

١- يتخذ المقاومة السلبية سلاحًا له عند تنفيذ المهام الروتينية والإجتماعية والمهنية.

٢- دائم الشكوى من أن الآخرين لا يقدرون حقيقة ما يقوم به من الأعمال، إضافةً إلى عدم تقديرهم له التقدير الذي يستحقه.

٣- دائم الإمتعاض وكثير التبرم (والقرف).

٤- دائم النقد والسخرية لرؤساءه، ويسخر منهم دومًا دون مبرر.

٥- دائم الحسد والسخط تجاه الشخص الأفضل منه حظًا ومكانة.

٦- دائم الشكوى من سوء الحظ الذي يلازمه.

٧- يتقلب سلوكه ما بين التحدي العدائي للآخرين أو إبداء الندم على ما إقترفه من سلوك.

٨- يتبرم من الإقتراحات المفيدة التي يتقدم بها الغير حول كيفية تحسين إنتاجه.

٩- يعرقل جهود الآخرين بسبب عدم إنجازه لمهامه.(DSM IV, 1994)

ملاحظات:

أ- لا بد من توافر أربعة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقًا لهذا النمط من اضطرابات الشخصية.

ب- لعل أهم سمات هذا الاضطراب الآتي: ـ

- نمط متأصل في الشخصية يتصف بالمقاومة السلبية.
- تعطيل الأعمال وتعمد تأخيرها.
- التبرم عند أي توجيه لتحسين العمل.
- هذا الاضطراب يبدأ في سن الرشد المبكرة.
- يتبدى في العديد من المواقف والتفاعلات التي تتم بين الشخص والآخرين.

٢-اضطراب الشخصية المكتئبة Depressive Personality Disorder:

مدى الإنتشار:

- اضطراب شائع لكن علميًا لا توجد بيانات يمكن الإعتماد عليها.
- الوضع في مصر كالآتي:
- من ٥٠ ـ ٧٠٪ من محاولات الإنتحار الناجحة بين المجموع العام سببها هذا الاضطراب.
- يعاني أكثر من عشرة ملايين فرد في عالمنا العربي من الاضطرابات المزاجية والإكتئابية.
- في دراسة ميدانية وُجد أن نسبة الأعراض الإكتئابية في مصر وبين مجموعة ريفية حوالي ٣٦٪ مقارنة مع مجموعة من الحضر حوالي ٣٢٪. إما الاضطرابات الوجدانية (بمختلف صورها الأخرى) فقد تراوحت بين ٤ ـ ٧٪.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨)

تعريفها:

نمط من الشخصية يتميز صاحبه بالإحساس بالعجز واليأس معًا، كما أنهم يقدمون أنفسهم على أنهم أقل فعالية وكفاءة مما هم عليه في حقيقة الأمر، إضافةً إلى غياب التقدير أو إعتبار الذات المبني داخليًا أو المبني من داخل البناء النفسي للفرد. مع سمات: التشاؤم، فقدان الشعور بالمتعة، الإلتزام المفرط بأداء الواجب، والشك في قيمة ما يفعل مع شعور مزمن بالتعاسة والشقاء، وإيتجابة مفرطة بالإنهيار لأقل إحباط.(أنطوني ستور، ١٩٩١)

معايير تشخيص اضطراب الشخصية المكتئبة وفقًا للدليل الرابع:

١- سيطرة مشاعر البؤس والكآبة وإنعدام المرح والسعادة والتعاسة كسمات أساسية تميز مزاج الشخص.

٢- تنشغل الذات بمفاهيم ومعتقدات تدور حول عدم الكفاءة وتفاهة الشأن والدونية.

٣- تتصف إتجاهات الشخص نحو نفسه بالنقد واللوم والتهوين من شأنه والحط من إعتبار لذات وقيمتها.

٤- دائمًا ما تسيطر على أفكار الشخص التشاؤم والقلق.

٥- يتسم بالسلبية تجاه الآخرين مع نقد لاذع لهم.

٦- يعد التشاؤم العنوان الرئيسي للشخص المصاب بهذا الاضطراب.

٧- حساسية مفرطة للمواقف مع سرعة الشعور بالذنب والندم.

(DSM IV, 1994)

ملاحظات:

أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يتم التشخيص وفقًا لهذا النمط من الاضطراب.

ب- يشترط التشخيص، عدم إقتصار ظهور الأعراض السابقة على نوبات الإكتئاب الجسيم، ولا يفسرها وجود مرض عقلي آخر.

ج- أهم سمات هذا النمط من الاضطراب: ـ

- إكتئاب يسيطر على التفكير والمزاج والسلوك.
- يبدأ هذا الاضطراب في سن الرشد المبكرة.
- يظهر العديد من المواقف والتفاعلات بين الشخص والآخرين.

٣- اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها Self Defeating Personality Disorder:

مدى إنتشارها:

- لا توجد بيانات دقيقة يمكن الإعتماد عليها لتحديد مدى إنتشار هذا النمط من الاضطراب.
- كثيرًا ما تقود إلى إعتداء أحد الوالدين عليه في الطفولة.

تعريفها:

نمط متغلغل من السلوك الهازم للذات؛ حييث يتصف الشخص بتجنب أو إفساد الخبرات الممتعة، ويسعى لأن يستدرج لمواقف أو علاقات تسبب له المعاناة، ويمنع الآخرين من مساعدته ووضع نفسه في مواقف تسبب له القهر والمعاناة.

معايير تشخيص اضطراب الشخصية الهازمة لذاتها وفقًا للدليل الرابع:

١- يختار الأشخاص والمواقف التي تسبب له الفشل وخيبة الأمل وسوء المعاملة حتى عند توافر فرص أفضل بصورة واضحة.

٢- يرفض محاولات الآخرين لمساعدته لأنه لا يريد مضايقتهم.

٣- يستجيب للأحداث الشخصية الإيجابية (مثل الإنجاز ـ النجاح ـ الحصول على أي شهادات تفوق) بالإكتئاب والشعور بالذنب، أو بسلوك يسبب له الألم مثل الحوادث.

٤- يثير غضب الآخرين أو رفضهم له؛ ونتيجة ذلك يشعر بالمهانة والهزيمة والإذلال.

٥- يترك فرص الإستمتاع تمر دون أن ينتهزها، أو يمتنع عن الإعتراف بالإستمتاع من توفر المهارات الإجتماعية اللازمة لديه وقدرته على إستشعار المتعة.

٦- يفشل في إنجاز المهام الاساسية بالنسبة لأهدافه الشخصية بالرغم من قدرته الواضحة على الإنجاز.

٧- يشعر بالملل ممن يعاملونه معاملة طيبة بصورة منتظمة، أو لا يهتم بهم. مثال (لا يجذبه من الناحية الجنسية من يحبه أو يبدي إهتمامًا به من الجنس الآخر).

٨- يبالغ في التضحية بنفسه دون أن يطلب منه ذلك، وبالرغم من عدم تشجيع المستفيدين من تلك التضحية.

ملاحظات:

أ- لابد من توافر خمسة معايير (أو أكثر) حتى يمكن تشخيص هذا النمط من الاضطراب.

ب- أهم سمات هذا الاضطراب: ـ

- أن الشخص لا يشعر بالمتعة في المواقف التي تتطلب ذلك.
- يستدعي الخبرات السيئة كرد فعل لهذه المواقف التي تتطلب ذلك.
- يضع نفسه في المواقف التي تجلب له المهانة والتعاسة.
- يظهر هذا الاضطراب بدايةً من مرحلة سن الرشد المبكرة.
- يتبدي في العديد من المواقف والتفاعلات التي تقتضي وجود الفرد على الآخرين.

أسباب الاضطرابات الشخصية:

أولا: الأسباب الوراثية ـ البيولوجية:

- وجدت العديد من الدراسات أن العوامل البيولوجية تلعب دورًا في حدوث هذه الاضطرابات، (مثل: الوراثة، الإصابات السابقة على الولادة، إلتهاب المخ، إصابات الدماغ المختلفة).
- ترتفع نسبة توافق حدوث الاضطراب في التوءمين الأحادي البويضة.
- تتوافر العديد من الأدلة التي تشير إلى إضطرب وظائف من أجزاء بعينها في المخ في اضطرابات الشخصية، وفيما يلي أمثلة عليها: ـ

أ- **الفص الجبهي**: حيث كشفت العديد من الدراسات عن وجود إختلالات به خاصةً عند ظهور سمة الإندفاع والتهور لدى الشخص، وسوء الحكم على الأمور، مع عجز في الإرادة أو تعطلها.

ب- **الفص الصدغي**: حيث وجد إختلال في هذه الوظيفة خاصةً لدى الأشخاص الذين يتميزون بزيادة العدوان والجنس والتدين المرضي، وإحتمال اللجوء إلى العنف كسمة أساسية في سلوكهم.

ج- **الفص الجداري**: حيث كشفت الدراسات عن وجود إختلال في هذا الجانب من المخ خاصةً لدى الأشخاص الذين يتميزون بإنكار المرض، والشعور بالنشوة، وفقدان الإستبصار بالكثير من قواعد وقوانين الواقع المعاش.

ثانيًا: العوامل النفسية ـ الإجتماعية:

١- وجدت العديد من الدراسات أن هؤلاء الأشخاص قد تعرضوا للعديد من المتاعب الشخصية والمشكلات الأسرية والإعتداء عليهم في كثير من الأحيان، سواء كان هذا الإعتداء بدنيًا أم جنسيًا على يد شخص غريب أو أحد الأقارب وما إلى ذلك.

٢- إضافةً إلى إدراك أكبر للرفض الوالدي وخاصةً لدى الأفراد ذوي الشخصيات المناهضة للمجتمع؛ حيث يدرك الطفل هذا الرفض على أساس أنه رفض لوجوده هو شخصيًا، ثم يقوم من خلال هذه الخبرة بتعميم ـ هكذا يدرك ـ أن الآخرين يرفضونه. وما دام الأمر كذلك فلماذا لا يبادرهم بالإعتداء عليهم وترويع أمنهم قبل أن يبادرونه هم بذلك؟!!(Vitousek & Mank, 1994) (أو وفقًا للمثل القائل: أتغدى به قبل أن يتعشى بي).

٣- وأن اضطرابات الشخصية تكون نتيجة منطقية لتفاعلات كافة الأحداث البيئية على الشخص؛ لأن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم، ولكنها تتفاعل مع وجود بعض المعطيات الأساسية التي يملكها الشخص.(محمد شعلان، ١٩٧٩)


الفصل الثامن
المرأة
واضطرابات النوم

المرأة واضطرابات النوم

محتويات الفصل

- وبائيات اضطرابات النوم.
- تعريف اضطرابات النوم.
- تصنيف اضطرابات النوم.

أولاً: اضطرابات النوم الأولية.

أ- الأرق: التعريف ـ محكات التشخيص.

ب- فرط النوم: التعريف ـ محكات التشخيص.

ج- اضطرابات مواعيد النوم واليقظة: التعريف ـ محكات التشخيص.

د- غفوات النوم المفاجئة: التعريف ـ محكات التشخيص.

هـ- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس: التعريف ـ محكات التشخيص.

ثانيًا: اضطرابات النوم الثانوية (أو مخلات النوم)

أ- اضطراب الكوابيس الليلية: التعريف ـ محكات التشخيص.

ب- اضطراب فزع النوم: التعريف ـ محكات التشخيص.

ج- المشي أثناء النوم: التعريف ـ محكات التشخيص.

- اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى.
- أسباب اضطرابات النوم.

الفصل الثامن

المرأة واضطرابات النوم

أضطرابات النوم

Sleep Disorders

مقدمة:

شغل موضوع النوم واضطراباته أذهان كثير من الرجال والنساء والمفكرين منذ أكثر من ألفي عام إلى الدرجة التي خصص فيها اليونايون القدامى إلهًا للنوم هو "هبنوس Hepnos" توأم الموت، ولكن البحث العلمي الجاد في موضوع النوم لم يظهر بجلاء إلا منذ حوالي أربعين عامًا، حيث شغل مزيدًا من الإهتمام في الوقت الراهن.(أحمد عبد الخالق، مايسة السينال، ١٩٩٢، ص٣٤)

وبائيات اضطراب النوم:

توصلت الدراسات الوبائية إلى الخطوط الرئيسية الآتية:

- أن معدلات إنتشار مشكلات النوم أكثر إنتشارًا مما نتوقع. ففي ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت أحدى الدراسات إلى أن ٢٥٪ من أفراد عينة الدراسة (ومع ذلك في عينة مكونة من ١١٣ مفحوصًا) يعانون من الأرق.
- وفي ولاية لوس أنجلوس إرتفعت النسبة إلى ٤٢٪.
- وفي شمال النرويج وجد أن ٤٢٪ من النساء و٣٠٪ من الذكور يعانون من الأرض في فصل الشتاء، و١٨٪ من النساء و٩٪ من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة، وذلك في عينة مؤلفة من ١٥٦ مفحوصًا.
- وفي السويد وجد أن ١٤٪ يعانون من الأرق، و١٧٪ من فرط النوم، و١٦٪ من الشخير.

- وفي سويسرا وجد أن ٥٠٪ من الراشدين لديهم شكوى من الأرق، و٧٠٪ من الذكور و١٢٪ من الإناث يعانون من أكثر من نوع من مشكلات النوم بصفة دائمة.
- كما وجد إنتشار الأرق لدى عينة من اليابانيات بنسبة ١١,٢٪، وذكرت ١٦,٨٪ من العينة أنهم يستخدمن بصفة دائمة العقاقير المنومة خلاصًا من الأرق.
- وفي بريطانيا وفي إستفتاء شمل ٢٥ ألف شخص قررت نسبة تقدر بحوالي ٢٥٪ أنها مشت خلال النوم مرة أو أكثر في حياتهم.
- كما تنتشر مشكل النوم الأخرى بنسبة ٤٠٪ لدى الأطفال فيما بين ١ ـ ١٢ عامًا، وبنسبة ٢,٥٪ لدى الراشدين.
- كما توصلت بعض الدراسات الأخرى إل إنتشار العديد من مشكلات النوم مثل: توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسمنة أو اضطراب إيقاع النوم وعلاقتها بتغير نوبات العمل، والفزع والكوابيس والشخير وبنسب عالية لدى المسنين والمسنات فوق سن ٦٥ عامًا.
- وفي واقعنا المصري وجدت دراسة (خالد عبد الغني ١٩٩٨) شيوع مشكلات النوم لدى الراشدين والمسنين؛ حيث بلغ الأرق الخفيف نسبة ٥٥٪، والمتوسط ٤١٪، والشديد ٤,٥٪. في حين وصل الأرق الخفيف إلى ٤٣٪، والمتوسط ٥٤٪، والشديد ٣٪ عند الراشدين (على عينة مكونة من ٣٨٨ منهم ١٤٤ من الذكور، و١٤٤ من الإناث، وعينة من المسنين بلغت ١٠٠).

(محمد حسن غانم، ٢٠٠٢، ٦٧ ـ ٦٨)

تعريف اضطرابات النوم:

وتقصد بها معاناة الفرد من اضطراب أو أكثر من اضطرابات النوم كما ذكرت في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM IV, 1994)، وأن هذه المعاناة متكررة وتقود إلى إحداث خلل في وظائف الفرد الحياتية.

تصنيف اضطرابات النوم وفق الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع:

يقع تصنيف اضطرابات النوم في فئة مستقلة تحمل هذا العنوان، وتنقسم إلى ثلاثة أقسام رئيسية: ـ

الأول: اضطرابات النوم الأولية Primary Sleep Disorders:

وتنقسم بدورها إلى:

أ- الأرق الأولي Primary Insomnia.

ب- اضطراب فرط النوم الأولي Primary Hypersomnia.

ج- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy.

د- اضطرابات النوم المرتبطة بالتنفس Breathing ـ Related Sleep Disorders.

هـ- اضطرابات النوم غير المصنفة في مكان آخر.

الثاني: اضطرابات النوم الثانوية Parasomnia:

وتشمل بدورها:

أ- اضطرابات الكوابيس الليلية Nightmare Disorder.

ب- اضطراب الفزع أثناء النوم Sleep Terror Disorder.

ج- اضطراب المشي أثناء النوم Sleep Walking Disorder.

د- اضطرابات النوم الثانوية غير المصنفة في مكان آخر.

والقسم الثاني: من اضطرابات النوم: ويضم اضطرابات النوم المرتبطة باضطراب نفسي آخر سواء كانت هذه الاضطرابات في صورة أرق أو فرط نوم.

القسم الثالث: ويضم اضطرابات النوم الأخرى، وهي ترجه إلى حالة عضوية/طبية عامة، سواء كانت فس صورة أرق، أو فرط نوم، أو اضطراب نوم ثانوي، أو نوع مختلط، أو تلك المرتبطة بتعاطي عقاقير معينة.(DSM IV, 1994).

وفيا يلي وصفاً تفصيليًا للتفصيل في بعض فئات اضطرابات النوم.

أولاً: اضطرابات النوم الأولية

أ- الأرق:

تعريفه:

هو حالة عدم إكتفاء كمي أو كيفي من النوم تستمر لفترة لا بأس بها من الوقت، ويعد من أكثر الشكاوى إنتشارًا بين مصابي الأرق، ويميل الأرق إلى ان يكون أكثر شيوعًا عند النساء والأفراد كبار السن والأشخاص المضطربين نفسيًا؛ إذ في أوضاع غير مواتية إجتماعيًا وإقتصاديًا، وعندما تتكرر خبرة الأرق فإنها تؤدي إلى خوف متزايد من عدم النوم وإنشغال بتبعاته؛ مما يخلق دائرة خبيثة تفاقم من مشكلة المرض.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٢ ـ ٥١٣)

المحكات التشخيصية لاضطراب الأرق الأولي طبقًا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

يشخص الاضطراب الأولي للأرق إذا توافرت المحكات الآتية: ـ

أ- الشكوى المستمرة والبارزة من صعوبة الدخول في النوم أو الإستمرار فيه أو النوم غير المريح لمدة شهر على الأقل.

ب- يسبب الأرق كربًا Distress، وضغطًا إكلينيكيًا جوهريًا أو يؤدي إلى خلل في أداء لفرد (وكفاءته) الإجتماعية أو المهنية أو مجالات آخرى من التفاعل.

د- لا تحدث اضطرابات النوم الشديدة أثناء مسار غفوات النوم المفاجئة، واضطراب النوم المرتبط بالتنفس، واضطراب جدول النوم واليقظة، أو اضطرابات النوم الثانوية.

هـ- لا تحدث صعوبات النوم بشدة أثناء مسار اضطراب نفسي آخر (خاصة اضطراب الإكتئاب أو اضطرابات القلق العام، أو اضطراب الهذيان كمؤشر للإصابة بأحد الاضطرابات الذهانية).

لا يرجع هذا الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مواد (تعاطي مادة مخدرة) أو (أدوية نفسية) أو أي حالة طبية أخرى.

(DSM IV, 1994)

المتغيرات التي من الممكن أن تؤثر في الأرق:

تم تحديد مجموعة من المتغيرات يمكن أن تؤثر في الأرق كالآتي:

- زيادة تعاطي الكافيين (مثل القهوة والشاي).
- إستخدام المنومات، التحمل الناتج عن إستمرار الإستخدام (أسبوعين أو أكثر).

- التوقف عن أنشطة وقت النوم غير الملائمة (القراءة في السرير، الإنشغال بالإعداد لليوم التالي).
- الأكلات الثقيلة قبل الدخول إلى النوم بوقت قصير.
- الإنشغال (خاصة الإنشغال بفكرة عدم القدرة على النوم كمثال).
- القلق المزمن خلال النهار.
- التنبيهات الحسية غير المتوقعة (الضوضاء ـ الإضاءة مثلا).
- المؤشرات ذات الدلالة (صياح طفل مثلا).
- اضطراب النشاط ودورة الراحة.
- التنبيهات الحسية الشديدة (الحرارة أو الرطوبة المرتفعة مثلا).
- زيادة النوم خلال النهار.
- مشكلات صحية جسمية مزمنة.
- الحاجة المتكررة للتبول.
- الآثار الجانبية لأدوية الأمراض المزمنة.
- مشكلات سيكاترية (الإكتئاب على وجه الخصوص).
- مشكلات التنفس (الإختناق الليلي مثلا).
- الضغوط النهارية.
- الذعر الليلي.

(ليندساهي، جاهتشاهي، ٢٠٠٠، ٦٩٤ ـ ٦٩٥)

ب- فرط النوم Hypesommia:

تعريفه:

هو حالة من النعاس الشديد خلال النهار مع نوبات من النوم أو إستغراق فترة طويلة للإنتقال إلى حالة اليقظة الكاملة عند الإستيقاظ في غياب عامل عضوي يفسر حدوث فرط النوم، وغالبًا ما تكون الحالة مصحوبة باضطرابات عقلية، وكثيرًا ما تكون في الواقع عرضًا لإضطرب وجداني ثنائي القطب (أثناء نوبة الإكتئاب)، أو اضطراب إكتئابي متكرر، أو نوبة إكتئابية. (أحمد عكاشة، ٥١٤، ١٩٩٨)

المعايير التشخيصية لاضطراب فرط النوم وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع:

يشخص هذا الاضطراب وفقًا للمعايير الآتيه:

أ- الشكوى الواضحة من فرط النوم لمدة شهر على الأقل (أو فترات قد تكون أقل أو أكثر طولا وتكرارًا)، ويأخذ شكل نوبات متواصلة أو ناويات النوم النهاري التي تحدث يوميًا.

ب- يسبب فرط النوم كربًا إكلينيكيًا جوهريًا أو خللا في الأداء الإجتماعي أو المهني الوظيفي أو أي مجالات أخرى هامة تتأثر بالأداء.

ج- لا يتم تفسير اضطراب فرط النوم بواسطة الأرق، ولا يحدث أثناء حدوث أي اضطراب آخر من إضطربات النوم (مثل: غفوات النوم المفاجئة، اضطراب النوم المرتبطة بالتنفس، اضطراب جدول النوم واليقظة، أو أي نوع من أنواع اضطرابات النوم الثانوية).

د- لا يحدث الاضطراب أثناء مسار اضطراب نفسي آخر.

هـ- لا يرجع الاضطراب إلى أي عوامل آخرى خارجية أو فسيولوجية مثل (تعاطي المخدرات) أو تناول أي أدوية نفسية، أو أي حالة طبية عامة.

(DSM IV, 1994)

ج- اضطراب مواعيد النوم واليقظة Disorder Of The Sleep Wake Schedule:

التعريف:

يعرف اضطراب موعد النوم واليقظة بأنه فقدان للتزامن بين برنامج الفرد في اليوم واليقظة وبين برنامج النوم واليقظة المرغوب فيه من قبل محيط الفرد؛ مما يترتب عليه شكوى إما من الأرق أو من فرط النوم. وقد يكون هذا الاضطراب نفسي المنشأ، أو قد يكون له مصدر عضوي مفترض تبعًا للمساهمة النسبية للعوامل النفسية أو العضوية في أحداثة.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٦)

المحكات التشخيصية لاضطراب مواعيد النوم واليقظة وفق الدليل الرابع:

أ- نظام الفرد في النوم واليقظة غير متزامن أو متوافق مع جدول النوم واليقظة المرغوب فيه ليتناسب مع المتطلبات الإجتماعية وليتناسب مع أغلب الأشخاص في محيط حياة الفرد.

ب- يعاني الفرد نتيجة لهذا الاضطراب من الأرق أثناء الجزء الأكبر من فترة النوم أو فرط النوم أثناء فترة الإستيقاظ، ذلك كل يوم تقريبًا لمدة شهر على الأقل أو بشكل متكرر لفترات أقل من الوقت.

ج- الكمية والكيفية وأوقات النوم غير المرضية تتسبب إما في إنزعاج شديد أو تعارض مع أداء الفرد لمهامه الإجتماعية والمهنية.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٧)

د- غفوات النوم المفاجئة Narcolepsy:

التعريف:

من الممكن إعتبار هذا النمط من اضطرابات النوم مظهرًا من مظاهر فرط النوم، ويشير هذا الاضطراب إلى زملة من الأعراض تتضمن نوبات فجائية من النوم تنتاب الفرد، وتستمر لبضع دقائق (يقدرها البعض بربع ساعة)، ويمكن أن تحدث في أي وقت، وغالبًا ما تكون مسبوقة بشحنة إنفعالية قوية.

(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٥٣)

المحكات التشخيصية لغفوات النوم المفاجئة وفقًا للدليل الرابع:

تشخص غفوات النوم المفاجئة إذا توافرت المحكات الآتية:

أ- نوبات مفاجئة من النوم القصير تحدث يوميًا على مدى ٣ شهور.

ب- وجود أحد العرضين التاليين أو كليهما:

١- التوقف العضلي Cataplexy (مثل نوبات قصيرة من الفقدان المفاجيء للتوتر العضلي في كلا الجانبين، وهي أكثر إرتباطًا مع الإنفعالات الشديدة).

٢- إقتحام متكرر لعناصر حركة العين السريعة تخلل الإنتفال بين النوم واليقظة، كما تتجلى إما بواسطة هلاوس النوم أو شلل النوم في بداية أو نهاية نوبات النوم.

ج- لا يرجع هذا الاضطراب إلى آثار فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة (مخدرة)، أو مواد نفسية (تداوي)، أو أي حالة طبية عامة أخرى.

(DSM IV, 1994)

هـ- اضطراب النوم المرتبط بالتنفس:

أ- إنقطاع (تشوش) في النوم يؤدي إلى فرط النوم أو الأرق، ويرجع ذلك إلى حالة التنفس المرتبطة بالنوم (مثل زملة الإختناق الإنسدادي أو الرئيسي أو التهوية الشريانية المنخفضة).

ب- لا يفسر الاضطراب بواسطة اضطراب نفسي آخر، ولا يرجع إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة لتعاطي مادة (تعاطي مخدر)، أو تعاطي مادة نفسية (التداوي)، أو أي حالة طبية عامة.(DSM IV, 1994)

ثانيًا: اضطرابات النوم الثانوية أو المخلات بالنوم Parasomnia

تعريفها:

هى اضطرابات تتميز بأحداث سلوكية أو فسيولوجية شاذة تحدث مرتبطة بالنوم سواء كان بمراحل محددة في النوم، أو عند الإنتقال من النوم لليقظة.

واضطرابات النوم الثانوية ـ بعكس الاضطرابات الأولية ـ لا تشتمل على اضطرابات في الميكانيزمات المسؤولة عن مراحل النوم ـ اليقظة، أو عن توقيت النوم واليقظة بل هي تمثل تنشيطًا لأنساق فسيولوجية في أوقات غير ملائمة أثناء دورة النوم ـ اليقظة. وتشمل هذه الاضطرابات ـ بوجه خاص ـ تنشيط الجهاز العصبي اللاإرادي والجهاز الحركي، أو العمليات المعرفية أثناء النوم، أو عند الإنتقال من النوم لليقظة.(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ١٥٨)

وتضم هذه الفئات الاضطرابات الآتية: ـ

أ- اضطراب الكوابيس الليلية Nightmare Disorder:

التعريف:

الكابوس هو خبرة حلم محمل بالقلق ويلين إسترجاع تفصيلي شديد لمحتوى الحلم. وتتضمن عادة هذه الخبرة موضوعات تخص تهديدات البقاء، أو موضوعات مشابهة لها. وأثناء النوبة النموذجية توجد درجة من النشاط العصبي اللا إرادي، ولكن لا توجد أصوات تذكر أو حركة جسمية. وعند الإستيقاظ يصبح الفرد ومهتديًا بسرعة، ويستطيع التواصل مع الآخرين؛ فيعطي عادةً تقريرًا تفصيليًا لخبرة الحلم، وذلك إما في الفترة التالية على الإستيقاظ مباشرةً أو في الصباح التالي.(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٥٢١)

محكات تشخيص اضطراب الكابوس الليلي وفق الدليل الرابع:

أ- الإستيقاظ من النوم الليلي أو العفوات النهارية بإسترجاع مفصل للأحلام المفزعة، والتي تتضمن عادةً تهديدًا للحياة أو الأمان أو إحترام الذات، وقد يحدث الإستيقاظ في أي وقت من فترة النوم. وعندما يكون الكابوس نموذجيًا يحدث في النصف الثاني منه.

ب- ينتبه الفرد ويعود لطبيعته سريعًا فور الإستيقاظ من هذا الكابوس المخيف.

ج- تتسبب الأحلام واضطرابات النوم المترتبة عليه فترات من الإستيقاظ ويكون الفرد فور إستيقاظه في حالة ضيق وتوتر شديدتين.

د- لا يحدث الكابوس أثناء مسار اضطراب نفسي آخر (الهذيان مثلا، أو أي اضطراب يمر به الفرد بعد تجربة صادمة)، ولا يرجع ذلك أيضًا إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة (مواد مخدرة)، أو تعاطي مواد نفسية (بهدف العلاج من اضطراب نفسي أو عقلي)، أو أي حالة طبية عامة.(DSM IV, 1994)

ب- اضطراب فزع النوم Sleep Terror Disorder:

التعريف:

هو نوبات من الفزع الشديد والهلع تصاحبها أصوات عالية وحركة زائدة ومستويات عالية من النشاط العصبي اللاإرادي ينهض الفرد من نومه جالسًا أو واقفًا، وذلك أثناء الثلث الأول من النوم الليلي عادة، ويصرخ صرخة رعب، وفي أحيان كثيرة يسرع إلى الباب كما لو كانت محاولة هرب، وإن كان نادرًا ما يترك الفرد غرفته، وقد تؤدي محاولات الآخرين التحكم في حدوث الفزع الليلي إلى مزيد من الخوف الشديد، وذلك لأن المريض لا يستجيب عادة لهذه المحاولات.(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ص ١٦٠ ـ ١٦١)

المحكات التشخيصية لاضطراب الفزع أثناء النوم وفق الدليل الرابع:

حيث تتلخص المحكات في:

أ- العرض الأساسي هو نوبات متكررة من اليقظة من النوم، في الغالب تبدأ بصرخة خوف حادة مع وجود قلق شديد وحركة جسدية وفرط في النشاط العصبي اللاإرادي (مثل: سرعة ضربات القلب، النهجان، تلاحق التنفس، وإتساع حدقة العين مع وجود عرق غزير مصاحب لهذه الحالة).

ب- هذه النوبات المتكررة من الإستيقاظ المفاجيء من النوم تكون دون تفاعل مع العالم الخارجي، وتستمر عادةً هذه الفترة (من الذهول)، وتتراوح هذه الفترة في الغالب ما بين دقيقة إلى عشر دقائق، وتحدث خلال الثلث الأول من النوم الليلي.

ج- أن الفرد لا يستجيب لمحاولات الآخرين في السيطرة على الفزع الذي لديه، يلي ذلك فترة تستغرق عدة دقائق من عدم الإهتداء مع صدور حركات نمطية من الفرد.

د- يكون إسترجاع ما حدث في النوبة محددًا.

هـ- غياب أي دليل على وجود اضطراب عضوي ولا يرجع ذلك إلى تعاطي الفرد لمادة (تعاطي المخدرات)، أو تعاطي أدوية نفسية (بهدف العلاج)، أو أي حالة طبية عامة.

و- تسبب النوبات ضغطًا إكلينيكيًا جوهريًا أو خللا في أداء الفرد لوظائفه سواء أكانت إجتماعية أو مهنية، أو أي مجالات أخرى من التفاعل.

(DSM IV, 1994)

ج- المشي أثناء النوم (Somnambulism) Sleep Walking Disorder:

التعريف:

هو حالة تحدث أناء النوم ويحدث تبادل الوعي؛ حيث تجتمع فيها ظواهر النوم واليقظة أثناء نوبة التجوال يقوم الفرد من السرير غالبًا أثناء الثلث الأول من النوم الليلي، ويسير متجولا مبديًا مستوى منخفض من الإدراك والتفاعل والمهارة الحركية. عادةً ما يترك الجوالون حجرات نومهم أثناء النوم، وأحيانًا يتجولون فعلا خارج بيوتهم، وبالتالي فهم معرضون إلى مخاطر ضخمة بالإصابة أثناء نوبتهم، ولكنهم في أحيان كثيرة يعودون سريعًا إلى أسرتهم إما من تلقاء أنفسهم، أو يقودهم إليها بهدوء شخص أخر، وحين يستيقظون (إما من نوبة التجوال أو في صباح اليوم التالي) عادةً لا يتذكرون أي شيء عن الحدث.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥١٧ _ ٥١٨)

المحكات التشخيصية لاضطراب السير أثناء النوم وفق الدليل الرابع:

لابد من توافر المحاكات التشخيصية الآتيه:

نوبات متكررة من النهوض من السرير أثناء النوم والتجوال لمدة عدة دقائق أو نصف ساعة تحدث عادة أثناء الثلث الأول من النوم الليلي.

أ- يكون وجه المريض أثناء النوبة شاحبًا وبدون تعبير، ومن الصعب ان يستجيب المريض لمحاولات الآخرين للتأثير عليه أو حتى التحدث معه، ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة.

ب- عند الإسيقاظ لا يتذكر الفرد شيئًا عن النوبة سواء كان بعدها مباشرة، أو في الصباح.

ج- عند الإستيقاظ تكون هناك فترة صغيرة من بعض التشوش، وعدم التوجه (أو الإستجابة لتوجيهات الآخرين).

د- غياب أي دليل على وجود اضطراب عقلي عضوي أو جسمي.

هـ- يسبب المشي أثناء النوم ضغطًا إكلينيكيًا جوهريًا، وكضا قصورًا في الأداء الإجتماعي أو المهني أو أي مجالات أخرى للأداء والتفاعل.

و- لا يفسر الاضطراب بتأثيرات فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة نفسية (مواد مخدرة أو مواد نفسية نتيجة العلاج من بعض الاضطرابات النفسية أو الفعلية)، أو أي حالة طبية عامة.(DSM IV, 1994)

اضطرابات النوم وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى:

يتداخل تشخيص اضطرابات النوم مع العديد من الاضطرابات النفسية والكثير من الأمراض العضوية (خاصة المزمنة)، والمشكلة أن بعض مشكلات النوم قد تكون سببًا في بعض الاضطرابات، وفي بعضها الآخر تكون نتيجة مترتبة عليها.

وسوف نذكر في عجالة سريعة علاقة اضطرابات النوم ببعض الاضطرابات النفسية والفعلية الأخرى.

اولا: القلق واضطرابات النوم:

يعد القلق من العوامل الهامة في حدوث مشكلات النوم، ويمكن أن يصيب الفرد بالأرق، كما أن بعض الأفكار التي تلح على الفرد بصورة قهرية

سبب آخر لمشكلات النوم وتقطعه.ومن الممكن أن يعد نمط النوم ومشكلاته بوجه عام من بين مؤشرات الصحة النفسية؛ ففن نمط النوم قد يجعل الفرد يستيقظ من نومه نشطًا ومرتاحًا، أو حزينًا قلقًا بما يؤثر على سلوكه وإنجازاته خلال اليوم.(أحمد عبد الخالق، مايسو النيال، ١٩٩٢، ص ص ٤٥ ـ ٤٦)

وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات الإمبيريقية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النوم. فقد وجد ـ على سبيل المثال ـ فريد مان وساتلر Freedman & Sattler من خلال دراسة شملت مجموعة من الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في النوم، ومجموعة ضابطة ليس لديها أي شكاوى (حادة) من النوم؛ حيث كان عدد الأفراد في كل مجموعة (٤٧) فردًا، وجميعهم من الذكور، أو بتطبيق مقياسًا للتقدير الذاتي للقلق، وجد ان المجموعة التي تعاني من الأرق قد حصلت على درجة مرتفعة في القلق مقارنةً بالمجموعة التي ليس لديها مشكل حادة مع النوم. وهذا في رأينا أمر متوقع؛ لكنه يثبت بصورة عملية طبيعية العلاقة القوية بين المعاناة من القلق والدخول في مشكل أو أكثر من مشاكل النوم.(Freedman & Sattler, 1982, pp., 380 ـ 390)، كما وجد في دراسة أخرى أن القلق يظهر في صور متعددة. أظهرت نتائج العديد من الدراسات الميدانية (القليلة) عن وجود علاقة بين القلق ومشكلات النو. فقد وجد فريدمان وستلر (Freedman & Sattler, 1982) ومن خلال دراستهم التي حاولا رصد مظاهر مشكلات النوم لدى عينة تعاني من الأرق وعينة أخرى لا تعاني من الأرق، وجاءت النتائج توضح أن جوانب الاضطراب كانت في جانب العينة المضطربة.

(Freedman & Sattler, 1982, pp., 380 ـ 390)

كما وجد في دراسة أخرى أن القلق يظهر في صور متعددة لحدوث مشكلات النوم، فقد يحدث في بداية النوم أو في خلاله، بل ويقود إلى الفزع الليلي والدخول في الكوابيس، وكلها عوامل ترتبط بالخوف (Brown &

(Black, 1994؛ حيث توصل شتاين وزملائه إلى أن معاناة الشخص من القلق إنما يقود إلى العديد من مشكلات النوم مثل: صعوبة التنفس والتجوال الليلي والكوابيس المزعجة (Stein et al., 1995). وقد تأكدت هذه النتيجة في دراسة أحمد عبد الخلق، ومايسة النيال (١٩٩٢) من وجود إرتباطات موجبة بين مشكلات النوم وكل من القلق ومظاهره المختلفة، وهو ما توصل إليه خالد عبد الغني (١٩٩٨)، وهو ما أكده أيضًا (ريتشارد وسوزان) من أن الشخصيات التي تتميز بوجود درجة لديها عالية من القلق يظهر لديها العديد من الاضطرابات سواء اضطرابات الطعام أو النوم (Richard & Susan, 2000, pp 170 - 185). وأن ٥٠٪ من الذين عانوا من مشكلة أو أكثر من مشاك النوم إنما تم ذلك بسبب معاناتهم من القلق (ليندساي، جاهنشامي، ٢٠٠٠، ص٦٩١).

ثانيًا: الاكتئاب واضطرابات النوم:

لعل من بين الأسباب النفسية لمشكلات النوم إرتفاع معدلات الكتئاب؛ حيث يسترجع الفرد أحداث يومه قبل نومة مباشرة ويجسدها بما تحتويه هذه الأحداث من جوانب سارة وأخرى مؤلمة مع التركيز على الأخير لدى مثل هؤلاء الأفراد... ويظل الفرد يفكر فيها بصورة مركزة بحيث تتمكن منه وترتفع مستويات الإكتئاب من الماضي وتزيد معدلات القلق من المستقبل عنده، فإذا نام إتسم نومه بالتوتر والتوتر والتقطع والاضطراب وشعر بالتعب، وقد تلازمه أحلام مزعجة تعزق نومه تمامًا.(أحمد عبد الخالق، مايسة النيال، ١٩٩٤، ص٤٥)

وقد ربطت العديد من الدراسات بين الإكتئاب ومشكلات النوم (Wuislin et al., 1994, pp.554 - 556) ذلك لأن مشكلات النوم تعد من أكثر الأعراض شيوعًا في مرضى الإكتئاب، وأن من يتصفح أي إختبار للإكتئاب سوف يجد العديد من البنود التي تعكس معاناة الشخص من مشكلات النوم كمؤشر على الإكتئاب (غريب عبد الفتاح، ١٩٩٢، ص٥). ويكون النوم عند

مرضى الإكتئاب متسمًا بالأرق مع كثرة الإستيقاظ أثناء الليل، وأرق في الصباح الباكر (ألكسندر بوريلي، ١٩٩٢، ص١٩٢). وهو ما توصل إليه أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢) من وجود علاقة بين معاناة الشخص من الإكتئاب وبين مشكلات النوم. وأيضًا أيدت ذلك دراسة كرسب وشابيرو، حيث وجدوا من خلال تتبع مشكلات النوم لدى مجموعة من الأفراد يعانون من الإكتئاب أنهم أكثر معاناة من مشكلة أو أكثر من مشكلات النوم مقارنةً بأفراد العينة التي لا تعاني من الإكتئاب بصورة حادة (Crisp & Shapiro, 1993, pp. 45 ـ 47). وقد توصل في البيئة العربية كل من عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم إلى وجود علاقة ما بين الإكتئاب ومشكلات النوم لدى عينة من طلاب الجامعات (Ibrahim & Ibrahim, 1996, p.27) وهو ما ذكره بصورة تفصيلية (ليندساي) في مجمل عرضه للعديد من البحوث والدراسات في التراث الأجنبي والتي أكدت وجود علاقة بين الإكتئاب ومشكلات النوم (ليندساي، ٢٠٠٠، ص ص٧٠٨ ـ ٧١٥).

من الاضطرابات العصابية تقريبًا، كما يعد السمة المميزة لكثير من الاضطرابات السلوكية والذهان (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧:٢٥). ومع تعدد نظريات القلق وتنوعها، إختلفت وجهات نظر علماء النفس إلى القلق إختلافًا بينًا؛ حيث يركز الباحثون على واحد أو أكثر من المفاهيم المتعددة للقلق، ما بين أنه إنفعال سلبي، وزملة غكلينيكية، ومستويات متعددة، لأن القلق يعد من أكثر السمات المزاجية أهمية وتأثيرًا في حالة الفرد الجسدية والنفسية والعقلية والسلوكية (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٤:٣)، كما أن القلق ينقسم إلى حالة state وسمة Trait حيث تشير حالة القلق إلى وضع طارىء ووقتي عند الفرد يحدث له إذا تعرض لاحد الموضوعات التي تثير هذا القلق وبإختفاء هذه الأحداث تنتهي حالة القلق، أو تتفاوت شدة هذه الحالة حسب درجة التهديد أو الخطر Threat، والتي يدركها الفرد متضمنة في الموقف. أما سمة القلق فتشير إلى أساليب إستجابة ثابتة نسبيًا تميز شخصية الفرد وبعبارة أخرى تميز سمة

القلق وإستعداد طبيعي وإتجاه سلوكي يجعل الفرد قلقاً. (سميحة عبد الفتاح إسماعيل، ١٩٩٤:٥٠). كما أن للقلق أنواع عدة، فهناك قلق الإمتحان Test Anxiety، وقلق الجنس Sex Anxiety والقلق الإجتماعي وقلق الموت (أحمد عبد الخالق، ١٩٨٧: ٢١ ـ ٣٤). وقد وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة بين المعاناة من القلق (بصفة عامة) وبين اضطرابات النوم مثل زيادة فترة اليقظة بصفة عامة والمعاناة من الفزع الليلي والكوابيس وتوقف التنفس وغيرها من الاضطرابات. (Brown, et al, 1994)، (Crisp & Shapiro, 1993:46)، (Arriage, et al, 1996).

ثالثاً: الإكتئاب العصابي واضطرابات النوم:

والإكتئاب هو اضطراب مزاجي، يفصح عن نفسه من مجموعة من الزملة الإكتئابية Depressive Syndrome بعضها عضوي، والبعض الآخر ذهني ومزاجي، وبعضها الثالث الإجتماعي وهي تشتمل على جوانب من السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة، والتي تساعد في النهاية في تشخيص السلوك بالإكتئاب (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨:٢١)، وتوجد علاقة بين الإكتئاب والإنتحار، بل إن اللذين يعانون من الإكتئاب يتزايد لديهم الإستهداف للإنتحار وفقدان الأمل واليأس(30ـ (Rich, A.et al, 1992: 364 ـ (Rudd, M. M, 1990: 16 ،373)

والإكتئاب خبرة وجدانية شخصية تتسم أعراضها بالتشاؤم، وفقدان الإهتمام، والشعور بالفشل وعدم الرضا، والرغبة في إيذاء الذات، ومشاعر الذنب والألم، وفقدان الشهية، وحدوث اضطرابات في النوم، وبطء الإستجابة. (Corsini Encycl Opedia, 2001:441)

ويصنف الإكتئاب وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ضمن الاضطرابات المزاجية Mood Disorders، والتي تنقسم بدورها إلى أربعة أقسام، وكل قسم من تلك الأقسام يتفرع إلى فئات أخرى تتضمن أنماطاً من حالات الإكتئاب كما يلي:

١- النوبة المزاجية وتنقسم إلي:-

- نوبة الإكتئاب الرئيسي Major Depressive Episode
- نوبة الهوس Manic Episode
- نوبة مختلطة Mixed Episode

٢- الاضطرابات الإكتئابية وتنقسم إلى:-

- اضطراب الإكتئاب الرئيسي Major Depressive Disorder
- اضطرابات اليأس Dysthymic Disorder
- اضطراب إكتئابي غير محدد Depressive Disorder Not Spesified

٣- اضطرابات ثنائية القطب وتنقسم إلى:-

- اضطرابات ثنائية القطب الفئة الأولى Bipolar I disorder
- اضطرابات ثنائية القطب الفئة الثانية Bipolar II Disorder
- الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder

٤- اضطرابت مزاجية أخرى مثل:-

- اضطراب مزاجي يرجع لأسباب طبية عامة Other mood disorder

(APA, 1994)

وهناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير الإكتئاب مثل المنحنى التحليلي والمنحنى البيولوجي والتفسير المعرفي.(Myers, 1995: 518 519)

(Pinnington, et al, 1999: 170.171)

وتوجد علاقة بين اضطرابات النوم والإكتئاب؛ حيث تعد اضطرابات النوم من أكثر الأعراض شيوعًا في الإكتئاب، حيث يعاني الفرد من الأرق الشديد والذي يحيل حياته إلى مزيد من المعاناة والألم. ولعل هذه الاضطرابات تزيد حالة المكتئب إكتئابًا ذلك لأنه قد يظل أرقًا والناس حوله ينامون.

(الكسندر بوريلي، ١٩٩٢: ٢١٩)

رابعًا: اضطرابات النوم لدى مرضى الوسواس القهري في الدراسات السابقة:

يعد اضطرابات الوسواس القهري من الاضطرابات العصابية، وإن كان أقلها شيوعًا. وعلى الرغم من ذلك يعد مصدرًا أساسيًا لكل من القلق والإكتئاب والمخاوف، وهو بالتالي يؤثر في حسن توافق الفرد (توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠:٦٤). وإن كانت الدراسات التي حاولت معرفه نسب إنتشاره في العالم العربي ومصر ما زالت جد قليلة ومتفرقة. (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣، ١٠٩ ـ ١١٠)

كما يجب التفرقة بين عصاب الوسواس القهري وبين الشخصية الوسواسية حيث تتبدى مظاهرها في عديد من السمات (سيلفيا. ب. د، ٢٠٠٠: ٥٩ ـ ٦٠). وقد إختلفت النسب الإحصائية المقدمة لمدى إنتشاره ما بين ٠,٠٥٪ من الجمهور العام وصولا إلى ٢,٦٪ (حسن مصطفي عيد المعطي، ١٩٩٨: ٩٠ ـ ٩٦)، ولكن لا بد من التعامل مع هذه الأرقام بحذره، وتتعدد العريفات التي قدمت لمفهوم الوسواس القهري Obssesive Coupalisive.

إلا أننا نستطيع رصد أهم ملامحه في:

- وجود أفكار أو إندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية دورية غريبة وشاذة.
- معرفة الشخص بتفاهة مثل هذه الأفكار ولا معقوليتها وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه كل هذا الإهتمام.
- محاولات الشخص المستمرة مقاومة مثل هذه الأفكار وعدم الإستسلام لها بسهولة، ولكن مع الإلحاح يستسلم أملا في الخلاص منه.
- إحساس الشخص بسيطرة مثل هذه الأفكار أو الأفعال وقوتها القهرية عليه مما يترتب على ذلك إهدار طاقاته وحدوث (تفسخ) في علاقاته الإجتماعية.

(Richard, Kim, W, et al, 1993: 37 _ 44) (P.H & Susan, K, 2000: 185 _ 186)

(توفيق عبد المنعم، ٢٠٠٠: ٦٧)، (سيلفيا.د، ٢٠٠٠: ٦٠ ـ ٦١)،(أحمد عبد الخالق، ٢٠٠٠)،(صفوت فرج، ١٩٩٩، ١٩١ ـ ٢٢٤)

وعمومًا فإن الدراسات التي أجريت على فئة الواسواس القهري قليلة في المجال العربي إذ حاولت بعض الدراسات دراسة طبيعة التفكير التجريدي لدى العصابيين القهريين (محمد سامي هنا، ١٩٦٤)، ودراسة الفروق بين الذكور والإناث (أحمد عبد الخالق/ عبد الغفار الدماطي، ١٩٩٥، ١، ١٨) ودراسة حالات لمرضى الوسواس القهري من خلال الإستجابة على إختبار تفهم الموضوع (عادل خضر، ٢٠٠٠: ٧٨ ـ ١٣٩). (صفوت فرج، ١٩٩٩، ١٩١ ـ ٢٢٤)، (سعاد البشر، صفوت فرج، ٢٠٠٢، ٢٠٧ ـ ٢٤٧)

ويصنف اضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للطب النفسي ضمن اضطرابات القلق ويأخذ الصور الآتية:

- اضطرابات الشخصية الوسواسية وهو نمط مستمر ومداوم للشخصية يتميز بنزوع متطرف نحو الكمال والمظام المفرط، وعدم القدرة على الحلول الوسطى مع شعور مبالغ فيه بالمسئولية.
- إن هذه الأفكار أو الأفعال تمكننا من إمكانية تصنيف الشخص في فئة قهرية وسواسية معينة (أفعال تأخذ صورة المراجعة والفحص والتدقيق/ فئة لديها أفعال النظافة والإغتسال.... إلخ).(APA, 1994)

ومن الجدير بالذكر أنه حتى عام ١٩٧٠ لم تكن هناك مقاييس متاحة للتعرف على ملامح الوسواس القهري، ولكن بعد ذلك توالت المقاييس السيكومترية سواء في البيئة الأجنبية أو البيئة العربية (أحمد عبد الخالق، أحمد الدماطي، ١٩٩٥).

ومن الجدير بالذكر أن القليل من الدراسات قد تناولت اضطرابات النوم لدى فئة الوسواس القهري، ومن هذه الدراسات دراسة (أحمد عبد الخالق، مايسة النيال، ١٩٩٢) حيث توصلا إلى أن فئة الوسواس القهري تعاني من اضطرابات النوم، ٣٣ ـ ٤٩، ودراسة

(Okasha, A.et al, 1984: 143 _ 147).

مع العلم أن الدراسات قد وجدت تداخلا ما بين القلق والمخاوف الإكتئابية والوسواس القهري، وأن ما يجمع مثل هذه الاضطرابات أنها تمثل تجمعًا أو تكتلا واحدًا (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال، ١٩٩٠: ٥٤٥ ـ ٥٧٥).

خامسًا: اضطرابات النوم لدى مرضى المخاوف:

يعتقد كثير من علماء النفس أن المخاوف مكتسبة، وأن ما يتصل بها من حالات القلق يشكل جزءًا كبيرًا من الدوافع البشرية، وأن ما يحول دون الفرد والحياة السعيدة هو الخوف (وفاء مسعود، ٢٠٠١: ٦٤).

وقد وصف وكسلر وزملاؤه المخاوف بأنها العرض الأكثر شيوعًا في الولايات المتحدة الأمريكية. فعلى سبيل المثال يعاني في أي عام ١٧٪ من الناس من شكل واحد على الأقل من أشكال المخاوف، بل ويتلقي واحدًا من كل أربعة من أولئك الناس علاجًا لتلك المشكلة.(Kessler et al, 1994)

وعديد من التعريفات قدمت للمخاوف المرضية إلا أننا سنكتفي بإيراد تعريفين:

الأول: حيث يرى أحمد عكاشة (١٩٩٨) أن إستجابة الخوف هي حيلة دفاعية لا شعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشيء من فكرة أو موضوع أو موقف معين في حياته اليومية وتحويله لفكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي. ومن هنا ينشأ الخوف الذي يعلم المريض عدم جدواه ورغم ذلك يتحاشاه (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٩٢ ـ ٩٣)

الثاني: يعرف الدليل الأمريكي الإحصائي الرابع المخاوف المرضية كالآتي:

١- حالة خوق شديد ومستمر بلا مبرر واضح، إزاء شيء أو موقف ما أو مكان ما أو توقعه.

٢- أن التعرض لمثير المخاوف يسبب حالة من القلق التلقائي والذي من الممكن أن يكون مصحوبًا أو مسببًا لحالة من الرعب.

٣- أن الشخص الذي يعاني من المخاوف يعي أن خوفه غير ملائم للموقف ولا مبرر له.

٤- يتجب الشخص الموقف المثير لمخاوفه وإلا فإنه يتعرض لقلق شديد.

٥- أن التجنب أو التوقع أو التعرض للموقف المثير للخوف يعيق بشكل دال نظام حياة الشخص في كافة مناشطه العملية أو الشخصية أو الإجتماعية.

٦- ينبغي أن تكون المخاوف المرضي غير ناتجة عن زملة مرضية أخرى تفسر هذا الحوف (الوسواس القهري مثلا). (A.P.A, 1994: 199)

كما أن المخاوف المرضية كثيرة قد تصل في عددها إلى أكثر من خمسين نوعًا، ومن أمثلتها: الخوف من الأماكن العالية، الخوف من الأماكن المفتوحة، الحوف من الرعد، من الأماكن المغلقة، وفوبيا النوم...إلخ.

(عبد الرحمن سيد سليمان، ١٩٩٠: ١٢٥)، (ليندساي، ٢٠٠٠: ١٧٠ ـ ١٧٩)

ولعل العرض الشائع في كافة المخاوف المرضية هو التجنب ودخول الشخص الخائف في نوبات فزع، حيث حدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV ضرورة معاناة الشخص من عدة أعراض مثل: الوحدة/ الشعور بالإختناق/ آلام الصدر أو عدم الإرتياح/ الغثيان أو عدم إستقرار المعدة/ الشعور بالدوخة... إلخ.(A.P.A, DSM IV, 1994, p: 395)

كما أن هناك علاقة بين العمر، وكذا النوع وبين نوع المخاوف (نيفين زيور، ١٩٩٠: ٢٢ ـ ٣٧) (عبد المنعم طلعت عباس، ١٩٩٢)

(Dimberg, V, et al, 1998, 75:80)

كما أن الكثير من النظريات قد حاولت تفسير المخاوف منها نظرية التحليل النفسي التقليدية لفرويد، والذي يرى أن أساس الخوف هو خبرات الطفولة والتي ينشأ نتيجة غياب مصدر إشباع الإحتياجات، الخوف من فقدان الحب، الخوف من الخصاء والخجل الشديد والتعاسة المرتبطة بالموقف الأوديبي، والخوف نتيجة لمشاعر الذنب، وأن القلق شيئاً ضروريًا للشخص الخائف (وفاء مسعود، ٢٠٠١: ٦٦ ـ ٦٧)، وفي حين ترى المدرسة السلوكية أن الخوف هو إستجابة ترجع إلى التعلم الشرطي، كما يحدث في حالة خبرة مخيفة وقعت في الطفولة (المثير الأصلي للخوف)، وإرتبطت بمثير شرطي حيث تنتقل إستجابة الخوف من المثير الأصلي الذي سبب الخوف إلى مثير يكون قد إقترن به شرطيًا. (أمينة مختار، ١٩٨٠: ٢٥ ـ ٣١)، (عبد الله جاد، ١٩٩١: ٥٩ ـ ٦٦)

في حين ترى المدرسة المعرفية وباندورا ونظرية التعلم الإجتماعي ـ تحديدًا ـ اتعلم الإجتماعي عملية حيث أوضح أن عملية نشطة وتحتاج إلى شروط تضمن نجاحها (Bandora, 1969) وقد توسعت نظريات التعلم المعرفي في التوصل إلى حقيقة أن الأفراد لا يتعلمون من خلال القواعد التشريطية بل من خلال إدراكات وتفسيرات الحوادث والخبرات والمواقف التي يمر بها الأشخاص والعلاقة بين المخاوف واضطرابات النوم علاقة إرتباطية Brown, et al, 1994 ـ على سبيل المثال ـ علاقة بين اضطرابات النوم والمخاوف المرضية، وكذلك دراسة Stein, et al, 1995.

أسباب اضطرابات النوم:

وتنقسم هذه الأسباب إلى:

أ- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها عابرة ومؤقتة، بعضها خاص بالفرد مثل: الإكثار من تعاطي العقاقير المنبهة، الإصابة ببعض الأمراض الجسمية كآلام الأسنان، تعاطي أدوية لعلاج أمراض معينة خاصة كأدوية الحساسية (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ص١٦٦)، وبعض هذه

العوامل الخارجية مثل: الضوضاء، تغيير في المناخ، الإنتقال من العمل النهاري إلى العمل الليلي، وما يترتب على التقاعد من إختلال في دورة اليقظة ـ النوم (ديتريك لانجين، ١٩٨٤، ص٦١).

ب- مشكلات مرتبطة بالنوم ولكنها مزمنة ومستمرة: وتنقسم بدروها إلى مجموعتين من الأسباب:

١- مجموعة الأسباب التي يعد اضطراب النوم ثانويًا لها مثل إصابة الفرد بالأمراض العضوية، أو النفسية والعقلية (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ص ص ١٦٦ ـ ١٦٧).

٢- مجموعة الأسباب المخلة بالنوم: حيث قدمت عدة نظريات لتفسير كيفية حدوث مشكلات في النوم. ومن هذه النظريات:

ج- النظرية النيورنية للنوم: ويذهب أنصار هذه النظرية إلى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب إتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية للمخ، وأنه إذا حدث (كف) فوق النصفين الكرويين بالمخ حدث النوم، وإذا إنحصرا تلاشى النوم (سامي عبد القوي، ١٩٩١، ص٢١٣؛ السي أبو شعيشع، ١٩٩٣، ص ص ٢٩٦ ـ ٢٩٨؛ Empson, 1993,p. 187). وينشأ الخلاف بين رأيين، يرى أصحاب الرأي الأول أنه ليس هناك مراكز خاصة بالنوم في المخ لأن الكف والنوم واقع يطرأ على كل خلية؛ ولذا لا حاجة لوجود خلايا لهذا الغرض (Empson, 1993, p. 187). في حين تؤكد وجهة نظر أخرى على وجود خلايا خاصة في المخ، ووظيفتها إحداث النوم بل ويحددون أماكن هذه المراكز وتحديدًا فوق منطقة تقاطع عصبي البصر في الجزء الأمامي للهيبو ثلاموس (تحت المهاد). وهذه المراكز مسئولة عن إيقاع دورة النوم ـ اليقظة.

(Guyton, 1996, pp. 763 _ 768)

د- النظرية الأيضية للنوم: وتنهض هذه النظرية على أن المخ في فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى الحامل الحادث للنوم ـ S ـ ، وهذه المادة تتجمع في السائل المخي النخاعي وعند وصوله لمستوى معين من التركيز يحدث النوم، وأن دورية التجمع والتخلص من هذا العام تقود إلى دورية النوم واليقظة (خالد عبد الغني، ١٩٩٨، ص١٢). ووفقاً لهذه الماد ودرجة تركيزها من عدمه تكون أنماط النوم Sleep Patterns، والتي تنقسم بدورها إلى نوم أرثوذوكسي يتميز بالتعمق وإرتفاع نشاط موجات دلتا، أو النوم النقيضي حيث السطحية وإنخفاض نشاط موجات دلتا وحدوث الأحلام (Harding, 1982, pp.290 ـ 292; Shapiro & Flanigan, 1998, p.5)

هـ- الأسباب النفسية والإجتماعية: حيث أمكن حصر مجموعة من الأسباب النفسية والإجتماعية التي يمكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم المختلفة ومنها: الضغوط النفسية والإجتماعية، سوء تنظيم إيقاع النوم ـ اليقظة، العادات السيئة في الطعام والشراب، زيادة الوزن والسمنة.

(جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ص ص١٦٩ ـ ١٧٠)

وهكذا تتعدد العوامل التي من الممكن أن تقود إلى حدوث مشاكل النوم ما بين عوامل نيورنية عصبية، وعوامل أيضية ـ كيميائية، وعوامل نفسية ـ إجتماعية.


الفصل التاسع
المرأة
واضطرابات الأكل

المرأة واضطرابات الأكل

محتويات الفصل

- وبائيات اضطراب الأكل.
- تعريف اضطراب الأكل.
- تصنيف اضطرابات الأكل.

أ- فقدان الشهية العصبي: التعريف ـ محكات التشخيص.

ب- الشره العصبي: التعريف ـ محكات التشخيص.

- العلاقة بين اضطرابات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى.
- أسباب اضطرابات الأكل.
- علاج اضطرابات الأكل.

الفصل التاسع
المرأة واضطرابات الأكل

اضطرابات الأكل
Eating Disorders

مقدمة:

تمثل اضطرابات الأكل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة الملحة لتناول الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست جديدة فهي معروفة منذ زمن بعيد، وقديمًا كان تصنيف اضطرابات الأكل ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية إلى أن صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المراجع DSM IIIR 1987، وأعقبه الدليل الرابع لعام 1995 ووضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل، وهذه الاضطرابات تتميز بإختلال كبير في سلوك تناول الطعام.(زينب شقير، ٢٠٠٤، ص٣١)

وبائيات اضطراب الطعام:

سوف يقتصر تناولنا في هذا اضطرابات الطعام على نوعين:

أ- فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

ب- الشره العصبي Bulimia Nervosa

وبائيات فقدان الشهية العصبي:

تتعدد نتائج الدراسات الخاصة بهذا الجانب لكن نستطيع رصد النتائج الآتية: ـ

- يقدر نقص الوزن لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب فقدان الشهية العصبي بين ١٠٪، ٥٠٪ وأنهم يتميزون بفقدان أوزانهم الأصلية، ويقدر

نقص الوزن لدى هؤلاء المرضى بأنه قد يصل إلى ١٥٪ على الأقل من وزنهم الأصلي.(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ٣٢ ـ ٣٣)

- في دراسة قامت بها زينب شقير عام ١٩٩٨ من خلال عينة قوامها ٦٢٥ طالب وطالبة من جامعة طنطا، توصلت نتائجها إلى أن النسبة المئوية لإنتشار فقدان الشهية تصل إلى (٨,٨٢٪) لدى الذكور، بينما كان (١٥,٤٥٪) لدى الإناث، وهذا يؤكد تزايد هذه الظاهرة بين شبابنا. (زينب شقير، ٢٠٠٤، ص٤٥) وخاصة من الإناث.
- أن فقدان الشهية العصبي هو أكثر شيوعًا لدى المراهقات ذوات الخلفية الإقتصادية الإجتماعية المرتفعة، وعلى الرغم من أن ٩٠ ـ ٩٥٪ من الصابين بفقدان الشهية العصبي من الإناث؛ إلا أن الرجال تنمو لديهم تلك الحالة أحيانًا.
- تتباين التقسيمات المعاصرة لهذا الاضطراب، ولكن ما يقرب من ١٪ من المراهقات يتأثرن بالاضطراب، وقد يكون مسار الاضطراب مزمنًا، ولذا فإن ٥٪ من المصابين بفقدان الشهية العصبي، يجوعون حتى الموت.

(جين وأرول، ٢٠٠٠، ص ص ٥٩٥ ـ ٦١٨)

وبائيات الشره العصبي:

- تبدأ الشراه العصبية في المراهقة عادةً.
- تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور.
- أن البدانة في المراهقة يمكن أن تهيء الشخص وتجعله مستعدًا للدخول في اضطراب الشراهة في مرحلة الرشد وما بعدها.

(DSM IV, 1994, pp. 545 _ 550)

- في حين قدرته بعض الدراسات الأخرى بنسبة إنتشاره بين النساء أكثر من الرجال (بنسبة ١ إلى ٣٪ تقريبًا)، وإن كان نادرًا ما يظهر بأعراضه الواضحة لدى الرجال.

(Walson, 1993)

- في حين ذكرت دراسات مسحية لاضطراب الشره العصبي الآتي: ـ
- معدل الإصابة بهذا الاضطراب غير معروفة بدقة لأنه مشكلة سرية أساسًا.
- ربما كان حوالي ٢٪ من السكان في عمر الدراسة الجامعية لديهم الاضطراب.
- يبدأ الاضطراب في نهاية العقد الثاني من العمر.
- وهو لدى النساء أكثر شيوعًا من الرجال.
- قد يظهر الشره العصبي (كعرض أو اضطراب في حد ذاته)، وقد يرفقه العديد من الاضطرابات الأخرى مثل (الإكتئاب أو إدمان الكحوليات).
- يقرر بعض المصابين بفقدان الشهية العصبي أنهم ليس لديهم شهية للأكل، ولكننا نجد لدى بعضهم نوبات من الأكل المفرط، ويقرر ٦٩٪ منهم وجود حفزات قوية لديهم تدفعهم لأن يأكلوا، وأن ٥٠٪ من فاقدي الشهية العصبيين لديهم نوبات من الأكل الصاخب.

(أولتمانز وآخرون، ٢٠٠٠، ص ٣٦٣)

- وفي مصر قامت زينب شقير بدراسة الشره العصبي لدى طلاب جامعة طنطا عام ١٩٩٨، وكانت نسبة إنتشاره لدى الإناث ١٠٪ و ٧,٠٦٪ لدى الذكور. وتعد هذه النسبة مرتفعة إلى حد ما.(زينب شقير، ٢٠٠٤، ص٣٩)

تعريف اضطرابات الأكل:

هي إختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الإنتظام في تناول الوجبات ما بين الإمتناع القهري عن تناول الطعام، أو التكرار القهري لتناول الطعام في

غير مواعيده، وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد، أو الذي قد يصحبه محاولة الفرد للتخلص من الطعام الزائد عن حاجة الجسم.

(زينب شقير، ٢٠٠٤، ص ٣١)

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM IV للأمراض النفسية والعقلية متضمنًا اضطرابات الأكل في موضوعين: ـ

أولا: اضطرابات تشخص لأول مرة عادة في المهد أو الطفولة المبكرة: وتضم ٣ فئات فرعية هي: ـ

أ- إشتهاء أطعمة شاذة Pica

ب- اضطراب الإجترار Rumination Disorder

ج- اضطراب الطعام Feeding Disorder

ثانيًا: اضطرابات الأكل التي تشيع أكثر فيما بعد مرحلة الطفولة: وتضم فئتين اضطرابيتين هما: ـ

أ- فقدان الشهية العصبي.

ب- زيادة الشهية العصبي.

وسوف يقتصر حديثنا في هذا الفصل على الفئتين (فقدان الشهية) و (زيادة الشهية) للأسباب الآتية: ـ

١- أنهما من أكثر الاضطرابات شيوعًا في فئة اضطرابات الأكل.

٢- إجراء العديد من الدراسات حول هذين النوعين من الإضطربات.

٣- إمكانية تحديد (معايير) معينة يتم من خلالها التشخيص.

٤- وجود العديد من الإجتهادات العلاجية لهذين النوعين (تحديدًا) من اضطرابات الأكل.

أولا: اضطراب فقدان الشهية العصبي:

تعريفه:

هو اضطراب يتميز بفقدان وزن واضح تحدثه أو تحافظ عليه المريضة نفسها، أو يحدث المرض غالبًا في الفتيات المراهقات والشابات من النساء، ولكن قد يصاب به الفتيان المراهقين والشباب، ولكن بدرجة أكثر حذره، كما قد يصيب الأطفال قرب البلوغ والنساء الأكبر سنًا حتى سن إنقطاع الدورة الشهرية.(أحمد عكاشة، ٥٠٥، ١٩٩٨)

أي أن فقدان الشهية العصبي هو عدم إنتظام في تناول الطعام غالبًا ما يبدو في شكل (رغبة دائمة في الجوع)، وهو يوجد بشكل أو بآخر لدى الفتيات في سن المراهقة، ويترتيب على فقدان الشهية العديد من المظاهر أهمها النقص (أو الفقد) المستمر في الوزن وشكل الجسم، والعديد من المظاهر الأخرى (الفسيولوجية) التي تترتب على إستمرار حالة الجوع (مثل إنخفاض درجة حرارة الجسم، غنخفاض سرعة دقات القلب.... إلخ) لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.(Kaplan.H & sadock,B., 1996)

انواع فقدان الشهية العصبي:

يجب أن نفرق بين نوعين هما: ـ

أ- فقدان الشهية العضوي:

ويعرف بأنه فقد جزئي أو كلي للشهية ويكون نتيجة لأسبابا عضوية جسيمة في المقام الأول، كما يعد مصاحبًا لعدد من الأمراض والاضطرابات، ويعد عرضًا شائعًا مشتركًا في بعض الامراض العضوية والنفسية (أمراض الهضم الخطيرة، سرطان المعدة، القولون)، كما تحدث بشكل تقليدي في حالتي إلتهاب الكبد الوبائي المعدية، وفي اضطرابات الغدد الصماء (مثل نقص

إفراز الغدة الدرقية، أو غنخفاض وظائف الغدة النخامية). كما أن فقدان الشهية العضوي قد يكون من بين أعراض مرض السكر، أو أورام المخ وغيرها (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٥٠٧)

فقدان الشهية العصبي:

ويعرف بأنه رفض الفرد للطعام، أو التقيؤ المتعمد بعد الأكل مباشرة، مما يتسبب عنه إنخفاض ملحوظ في وزن الجسم، ويسمى أحيانًا بالتجويع الذاتي للمرضي Abnormal self ـ starvation وهو أحد اضطرابات الأكل. ولذلك يمكن أن نجمل الاضطرابات الأساسية في فقدان الشهية العصبي بأنها تشمل: ـ

أ- الشهية.

ب- سلوك الأكل.

ج- صورة الجسم.(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ٣٢ ـ ٣٣)

معايير تشخيص اضطراب فقدان الشهية العصبي وفق الدليل الرابع: ـ

١- رفض الإحتفاظ بوزن الجسم في المعدل الطبيعي أو فوقه ذلك المعدل الذي يجب أن يتناسب مع عمر وطول الشخص.

٢- خوف عميق ومتغلغل في النفس من أن يصبح الشخص بدينًا حتى وإن بدا جسده في معدل الوزن الطبيعي.

٣- اضطراب في إدراك وزن الجسم أو شكله، بحيث يرى الفرد نفسه على أنه بدين، حتى عندما يكون أقل من الوزن الطبيعي، مع إنكار واضح في إدراك مدى خطورة الوزن المنخفض للجسم على وظائف الجسم.

٤- يحدث لدى الإناث ـ على الأقل ـ إنقطاع ثلاث دورات حيض متتالية على الأقل.(MSM IV, 1994)

بيد أنه قد ورد في العديد من مراجع الطب النفسي وعلم النفس المرضي العديد من المحكات الأخرى التي توضح محكات التشخيص أو تزيدها وضوحًا مثل:ـ

١- **فقد الوزن:** ويحدث نتيجة للإنخفاض في تناول كميات الطعام المناسبة لكي ينهض الجسم وأعضاءه بوظائفه، وبفقد الفرد على الأقل ١٠٪ من وزنه السابق.

٢- **إنقطاع الحيض:** في حالة النساء ولمدة ثلاثة أشهر متواصل على الأقل وبشرط أن تكون دورة الحيض منتظمة قبل ذلك.

٣- **عدم ظهور مؤشرات لاضطرابات أخرى** :تعد سببًا أساسيًا لفقدان الشهية (خصائص أعراض الفصام، الإكتئاب الجسيم، أو بعض الأمراض العضوية).(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ٤٢ ـ ٤٣)

أهم أعراض اضطراب فقدان الشهية العصبي:

ذكرت العديد من المراجع في هذا الصدد أ اضطراب فقدان الشهية العصبي يظهر في الأعراض الآتيه:ـ

١- إنخفاض الوزن.

٢- اضطرابات المعدة (تتراوح ما بين الإمساك الحاد والإسهال الشديد وعوامل أخرى تتراوح ما بين الشعور بالإنتفاخ ... إلخ).

٣- الإستسقاء أو تجمع السوائل بالجسم.

٤- الجفاف (للجلد والحلق).

٥- حدوث زرقان في الأطراف.

٦- نوبات من الصرع.

٧- السرقة.

٨- الدخول في حفلات الأكل (ثم الرغبة في التقيؤ العمدي أو أخذ ملينات حتى لا يبقى الطعام في معدته أو يستفيد منها الجسم).

٩- التدقيق في إختيار أنواع معينة من الطعام (غالبًا ما تكون ذات سعرات حرارية منخفضة).

١٠- القيام (أو إجبار الشخص لنفسه) بالعديد من الأنشطة البدنية الشاقة رغبةً منه في (حرق) الدهون التي (يدرك) أنها (متراكمة) في أماكن كثير بالجسم.

١١- التحديق في المرآة بهدف الإطمئنان على أنه لم (يزد وزنه بالصورة الملفتة للنظر ـ حتى وإن كان الأمر على غير ذلك).

١٢- تناقص الإهتمام بالجنس، أو توقف ممارسته مع شريكة الحياة نهائيًا.

١٣- حدوث تغيرات في الجلد والشعر والأظافر والأسنان.

١٤- أن غالبية (مضمون الأحلام) تدور حول (الجسد البدين) وأنه (لا شعوريًا) يرغب في أن يكون جسده (في المعدل الطبيعي ـ حتى وإن كان الأمر على عكس ذلك).

(Eagles. et. Al, 1990, 119 _ 123)

ثانيًا: الشره العصبي:

تعريفه:

هو زملة تتميز بنوبات متكررة من الإفراط في الأكل وإنشغال شديد بالتحكم في وزن الجسم يؤدي بالمريض إلى نمط من الإفراط في الأكل يليه قيء أو إستخدام الملينات، ويشترك هذا الاضطراب في كثير من السمات النفسية مع اضطراب فقدان الشهية العصبي بما فيها الإهتمام الشديد بشكل ووزن الجسم، ويعرف الأكل الشره Binge eating بأنه أكل كمية كبيرة من

الطعام تفوق بكثير ما إعتاد الأفراد الآخرون أن يأكلوه في ظروف مشابهه وذلك في فترة زمنية قصيرة، وتشير الفترة القصيرة من الزمن إلى فترة محدودة تكون عادة أقل من ساعتين.(جمعة سيد يوسف، ٢٠٠٠، ص ١٠٣)

المحكات التشخيصية للشره العصبي وفق الدليل الرابع:

أ- نوبات تظهر بين الحين والآخر من الإفراط في الأكل (حفلات إغتراف الأكل) وتتصف بالمظاهر الآتية:ـ

- الأكل في فترات غير مترابطة من الوقت (تقدر بساعتين من الوقت)، وتناول كمية من الطعام تكون في الغالب (بل من المؤكد) أكبر من أي كمية يتناولها معظم الأشخاص إذا إستغرقوا الوقت أو نفس الظروف في تناول الطعام.
- ظهور سلوك تعويض غير مناسب بغرض منع زيادة الوزن مثل: التقيؤ المتعمد، إستعمال الملينات، إستعمال أدوية مدرة للبول، وغيرها من الأدوية، إضافة إلى الصوم، الإكثار من ممارسة التمارين الرياضية وبعنف.
- تظهر نوبات إغتراف الطعام، والسلوك التعويضي غير المناسب على الأقل مرتين خلال الإسبوع الواحد ولمدة ثلاثة أشهر.
- التقييم الذاتي يتأثر بشكل غير مبرر بوزن وشكل الجسم.
- لا يظهر الاضطراب بشكل خاص خلال نوبات فقدان الشهية العصبي.

تحديد النمط:

- نمط القيء: يزاول الفرد وبشكل منتظم التقيؤ المتعمد، أو سوء إستعمال الملينات، أو تناول الأدوية المدرة للبول.

- نمط دون قيء: حيث يزاول الشخص أنواعًا من السلوك التعويضي من قبيل: الصيام، الرياضة العنيفة، ولكنه يزاول التقيؤ المتعمد أو يسيء إستعمال الملينات أو الأدوية المدرة للبول.(DSM IV, 1994)

أي أن الشره العصبي يتسم على الأقل بثلاث خصائص إكلينيكية هي:

١- الإفراط في الأكل والشرب (أي تناول الطعام وبكميات كبيرة وفي وقت أقل مقارنةً بغيره من الأفراد).

٢- محاولة الرجوع المنتظم إلى إتباع طرق للتأثير على الوزن والشكل مثل: تعمد القيء أو إستخدام الملينات، أو الصوم، أو ممارسة الرياضة المتطرفة.

٣- التقييم الذاتي والذي يتأثر بشكل غير مبرر بشكل وزن الجسم.

(نبرينس ويلسوم، كاتلين بابك، ٢٠٠٢، ص ٦٦٢)

أنواع الشره العصبي: وينقسم إلى: ـ

النوع الشره: أثناء حالات الشره قد يرغم الشخص المضطرب نفسه على التقيوء، أو يفرط في إساءة إستخدام الملينات.

النوع غير الشره: حيث يبالغ في السلوك التعويضي من قبيل اللجوء إلى الإمتناع عن تناول الطعام لفترات (الصيام)، أو يجبر نفسه على ممارسة الرياضة العنيفة.

مظاهر أعراض الشره العصبي:

نستطيع تلخيص هذه المظاهر والأعراض التي تتباين وفقًا لما يلي: ـ

١- الوقت الذي قضته المريضة التي تعاني من هذا الاضطراب من معاناة الشره (إزمان المرض).

٢- قدرة الجسم على تحمل الخلل أو إنعدام التوازن الكيميائي فيه.

٣- تكرار وإنتظام عملية الشراهة والتقيوء.

٤- نوعية الطعام الذي يتم تناوله خلال نوبة الشراهة والتقيوء.

٥- الإنشغال الدئم والتفكير المستمر (الذي يقترب من القهر) في الأكل، ونهم لا يقاوم إلى تناول الطعام.

٦- تكرار نوبات إلتهام الأكل بشراهة.

٧- الأكل على فترات متقطعة من الوقت (مثلا خلال ساعتين) على تناول كمية من الطعام قطعًا تكون أكبر من التي يتناولها أغلب الناس خلال هذه الفترة وفي نفس هذه الظروف.

٨- الإحساس بصعوبة التحكم في الأكل أثناء النوبة.

٩- محاولات من الشخص في التحكم لزيادة الوزن المترتب على تناول الطعام بواحد أو أكثر من الأساليب التالية: ـ

- تعمد القيء.
- سوء إستخدام الملينات.
- سوء إستخدام مدرات البول.
- الصيام.
- التمرينات الرياضية المفرطة.

١٠- بعض مرضى الشره يكونوا ضمن معدل الوزن الطبيعي، والبعض الآخر قد يكون ما فوق الوزن أو ما تحت الوزن.

١١- يحدث أكل بشراهة بمتوسط مرتين في الإسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر.

١٢- إنقطاع الدورة الشهرية لدى الإناث أو عدم إنتظامها فترة لا تقل عن ثلاثة أشهر.(زينب شقير، ٢٠٠٤، ص ص: ٤٠ ـ ٤١)

العلاقة بين إضطربات الأكل والاضطرابات النفسية الأخرى: ـــ

تتداخل العديد من محكات التشخيص في اضطرابات الأكل (خاصةً اضطراب الشره وفقدان الشهية العصبي) على العديد من الاضطرابات الأخرى مثل: ـ

أولا: اضطرابات الطعام والاضطراب الوجداني:

أحيانًا ما تتداخل محكات تشخيص اضطراب الطعام مع محكات تشخيص الاضطراب الوجداني Affective Disorder وبخاصةً الإكتئاب؛ حيث أثبتت العديد من الدراسات والملاحظات إرتباط (فقدان الشهية العصبي كمثال) مع اضطراب الإكتئاب من خلال الملاحظات الآتية: ـ

١- كثير من مرضي فقدان الشهية يكشفون عن أعراض إكتئابية.

٢- كثير من مرضى فقدان الشهية يظهرون أعراضًا إكتئابية عند تتبع حالاتهم.

٣- يحدث الإكتئاب بتكرار أكبر من المتوقع في أعضاء أسرة مريض فقدان الشهية العصبي وبخاصةً الأم.

٤- كثير من مرضى فقدان الشهية العصبي يستجيبون للعقارات المضادة للإكتئاب.

٥- هناك ملامح كثيرة مشتركة بين مرضى فقدان الشهية العصبي والإكتئاب مثل: اضطراب النوم، فقد الوزن، تناقص الدافع الجنسي، توقف الحيض لدى الإناث، الاضطراب المعرفي، إنخفاض تقدير الذات.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ١٠٣)

في حين أظهرت بعض الدراسات التي تناولت الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الشره وجود علاقة تشخيصية ما بين الشره العصبي واضطراب

المزاج الدوري (إكتئاب ـ هوس)، وكذا الإكتئاب الجسيم، أو المعاناة من اضطراب أو أكثر من اضطرابات القلق (خاصة حفلات إغتراف الطعام، تناول كميات أكبر من المعتاد... إلخ)؛ وأن اللجوء إلى تناول الطعام بهذه الدرجة من الشراهة قد يعكس إحساسًا بالرغبة في الشعور بالأمان، أو قد يعكس ـ على المستوى اللاشعوري ـ رغبة في الإنتقام والتدمير للذت.(Wilson, 1993)

ثانيًا: اضطرابات الطعام وعلاقتها باضطراب الوسواس القهري:

العلاقة ما بين فقدان الشهية والوسواس القهري واضحة من خلال سيطرة فكرة معينة على عقل المريض تسيطر على كثير من سلوكه (إنقاص الوزن)؛ فيحاول المريض أن يزيد من مخافته فيدخل الدائرة المغلقة الآتية: ـ

- فكرة وسواسية مسيطرة تهيب بالمريض أن ينقص من وزنه.
- تأكد المريض من تفاهة هذه الفكرة.
- عدم القدرة على التخلص من إستحواذ الفكرة عليه.
- شعور بالقلق الشديد إذا لم ينفذ ما تأمر به الفكرة.
- الإنصياع لهذه الفكرة طوعًا أو كرهًا.
- مزيد من السيطرة على الفكرة ومزيد من إنقاص الوزن.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ١٠٨)

أما عن العلاقة ما بين الوسواس القهري وزيادة الشهية العصبي فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة أكيدة ما بين محكات التشخيص الوسواسي القهري، ومحكات تشخيص زيادة الشهية العصبي. فعلى سبيل المثال وجد تامبلر وزملاؤه في دراسة لهم ضمت (٥١) مريضًا مصابون باضطراب الشهية العصبي، وجدوا أن ٣٣٪ منهم تنطبق عليهم الحكات التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري.(Templer, et. Al, 1993)

حيث تسيطر على المريض (بالشره) أنه قد (أسرف) في تناول كميات تفوق إحتياجات جسمه، ولذا فإنه يقوم بالعديد من السلوكيات القهرية في محاولة (لعدم إستفادة الجسم من الطعام) بدايةً من التقيؤ المتعمد (بعد تناول الأكل على الأقل بساعة)، مع أخذ العديد من الملينات... إلخ.

(Formea & Burns, 1995)

ثالثًا: اضطرابات الطعام والمخاوف المرضية (الفوبيا):

حيث وجدت العديد من الدراسات وجود علاقة ما بين المحكات التشخيصية لاضطرابات الطعام وبين محكات تشخيص الفوبيا. فعلى سبيل المثال وجدت العديد من الدراسات وجود المحكات التشخيصية لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي مع المحكات التشخيصية لاضطراب الفوبيا؛ ذلك لأن الاضطراب في الفوبيا يعني الخوف غير المنطقي من موضوع معين (والموضوع هنا هو الطعام وتأثيره على الجسم)، ولذا لا مانع في أن يتناول كميات كبيرة من الطعام (حفلات إغتراف الطعام ثم في نفس الوقت أو بعد الإنتهاء من حفلات الإلتهام) في القيام بسلوكيات تهدد (تقليل فاعلية وقيمة) السعرات الحرارية لما تناوله من طعام خوفًا من أشياء كثيرة سواء أكانت شعورية أو لا شعورية لدى المريض.(Spizer, et, al, 1998)

رابعًا: اضطرابات الطعام والهستيريا:

حيث وجدت العديد من الملاحظات (والتي تمتد إلى وقت مبكر وتحديدًا في عام ١٨٩٥) إلى إدراك طبيعة العلاقة ما بين اضطرابات الطعام (بشقيها الفقدان والشره)، وبين اضطراب الهستيريا؛ حيث يرتبط فقدان الشهية العصبي كمثال بفقدان الشعور بالجوع والخدر والطعم الغريب في الفم واللسان والحلق، والنشاط الزائد دون شعور بالتعب؛ مما يشير إلى وجود تداخل ما بين

اضطراب فقدان الشهية والهستيريا ليس فقط في المحكات التشخيصية، بل في العديد من الخصائص والسمات الشخصية مثل: ـ

- عدم النضج الإنفعالي.
- الإنبساط.
- الإجتماعية وحب الإختلاط.
- القابلية المرتفعة للإيحاء.
- عدم التحكم في الإنفعالات.
- القلق والتوتر.
- الأنانية وحب الذات.
- محاولة جذب إنتباه الآخرين.
- إنفصال الشخثية.
- التصرفات الغريبة.
- الإغماء أو الغيبوبة.
- الغثيان أو القيء.
- فقدان الشهية العصبي.
- المشي أثناء النوم.
- الحمل الكاذب.(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ص ١١٠ ـ ١١٣)

خامسًا: اضطرابات الطعام والفصام:

هناك علاقة تداخل ما بين اضطرابات الطعام والفصام؛ حيث إفترض الباحثين ـ في وقت مبكر ـ أن فقدان الشهية العصبي ـ كمثال ـ شكل من أشكال الفصام، أو أن الاضطرابين يرتبطان معًا، وكان هذا الإفتراض

ينهض على فكرة أو مسلمة أساسها: أن المرضى الذهانيين بصفة عامة تنتشر بينهم الضلالات أو الهذاءات، والتي قد تدور حول الطعام (بداية من أنه مسموم أو سوف يدمر خلايا الجسم إلى فكرة ان الطعام هام جدًا لحمايته من الأعداء)... ولذا فإن الضلالات ومحتواها لدى مرضى الذهان بصفة عامة، والفصام (بكافة تشخيصاته بصفة خاصة) يدور حول الطعام سواء أكان ذلك يؤدي إلى الإمتناع عن تناول الطعام إلى الدرجة التي تستدعي التدخل العلاجي لذلك، وإرغام المريض على تناول الطعام إبقاءًا على حياته، أو الشره للطعام إلى درجة تفوق قدراته وإمكانياته وإحتياجاته الجسمية. (Da Costa & Halmi, 1992)

وهكذا تتداخل محكات تشخيص اضطرابات الأكل والعديد من محكات تشخيص بعض الاضطرابات النفسية والعقلية.

أسباب اضطرابات الأكل:

تعددت الإجتهادات والتفسيرات حول هذا الأمر يمكن حصر هذه الإجتهادات في العوامل والأسباب الآتية: ـ

أولا: العوامل الوراثية والعضوية: وقد تم دراسة هذا الجانب من خلال طرق متعددة مثل: دراسات التوائم، والأقارب المقربين للمرضى بالمقارنة بالجمهور العام، وكذا الأخوة (سواء أكانت ضوية أم غير ذلك). وذلك لإثبات مدى تأثير الوراثة في أفراد يفترض انهم يشتركون تقريبًا في نفس الخصائص الوراثية.

وقد توصلت هذه الدراسات إلى المؤشرات الآتية: ـ

- أن مرضى فقدات الشهية العصبي ـ كمثال ـ ينتشر بمقدار ثماني مرات بين الأقارب المقربين للمرضى بالمقارنة إلى الجمهور العام.

- أن أخوات المرضى الذين إشتد لديهم فقدان الشهية العصبي نسبتهم من ٦ ـ ١٠٪ كانوا يعانون من هذه الحالة، وتقابل هذه النسبة نسبة ١ ـ ٢٪ الموجودة في الجمهور العام في العمر نفسه؛ إلا أن تفسير هذه الزيادة قد يعود إما إلى بيئة الأسرة أو إلى تأثيرات التوائم.
- أثبتت دراسات التوائم ـ كمثال ـ صحة تأثير عامل الوراثة، حيث أثبتت العديد من الدراسات وجود عامل وراثي يكمن وراء اضطراب فقدان الشهية العصبي. ودفع ذلك العلماء إلى البحث عن الأساس الفسيولوجي (في وظائف أعضاء الجسم) المسئول عن هذا العامل الوراثي.
- أثبتت الأبحاث وجود اضطراب أولي لوظيفة ما تحت المهاد، إضافةً إلى وجود شذوذ أولي في منطقتي ما تحت المهاد والنخامية، وكذا في الغدد وعمليات الإيض، ونواحي شذوذ كيميائية عصبية عديدة لحالات اضطراب فقدان الشهية العصبي.

لكن القضية التي تواجه العلماء في هذا الجانب هو كيفية عزل أو معرفة تأثير العامل الوراثي في حد ذاته غير متداخل على تأثير العامل البيئي.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٧، ١٢٩ ـ ١٣٢)

- عدم ممارسة التمرينات الرياضية. (زينب شقير ٢٠٠٤، ص٣٤)
- أما عن العوامل النفسية فكثيرة مثل الخوف (من شيء محدد أو غير محدد)، أو الشعور بالإحباط، أو الشعور بالذنب نتيجة الشعور بالعدوانية (تجاه فردًا ما من الأسرة أو خارجها)، إضافةً إلى الإنشغال الزائد بصورة الجسم والجوف من أن يصبح الفرد بدينًا، أو التقييم الزائد لحجم الجسم الفعلي، والضغوط الإجتماعية نحو النحافة، وزيادة الحساسية نحو كيف يدرك الآخرون المصابيين بالشره العصبي.

- كما أن بعض المحللين النفسيين قد فسروا اضطرابات الأكل على أنها تحدث بصفة عامة لدى الناس الذين يخافون الجنس، والذين يعادلون رمزيًا بين الجنس والأكل، وأن فقدان الشهية هو وسيلة رمزية لتجنب الحمل، ويحدث الأكل بشراهة حين لا تستطيع الحفزات الجنسية المكبوتة أن تبعد عن نفسها.(أولتماز وآخرون، ٢٠٠٠، ص ص ٣٦٥ ـ ٣٦٦)
- ولعل (هيلدا بروش) رائدة في مجال اضطرابات الأكل وعلاجها قد وصفت العديد من التفسيرات النفسية لهذا الاضطراب؛ حيث فسرت هذا الاضطراب عند مريض فقدان الشهية العصبي بأنه عبارة عن تفاعل عدد معين من العوامل مثل: نقص في مفهوم الذات، الخوف من الخواء، أو السواء الداخلي، إضافةً إلى قيام المريض بتزييف سلوكه عن طريق العديد من ميكانيزمات الدفاع، أو الإدراك الخاطئ للكثير من الوقائع.

(أحمد عبد الخالق، ١٩٩٤، ١٣٨ ـ ١٣٩)

ثانيًا: الأسباب النفسية والإجتماعية: تتعدد هذه العوامل مثل:

- الحث الإعلامي في العديد من الحضارات (خاصةً الحضارة الغربية) على ضرورة النحافة والرشاقة، (وهذا يؤكد دور العوامل الإجتماعية).
- أن المستوى الإجتماعي والظروف البيئية والإقتصادية تلعب دورًا هامًا في إصابة الشخص بفقدان الشهية العصبي (أو البدانة) حيث تلعب الأموال ووفرتها دورًا في ذلك (أي في شراء الأطعمة وبكميات).

(Martin. et al. 1993, pp. 76 – 92)

- إضافة إلى العديد من العادات السلوكية والجسمية غير الصحيحة مثل: ـ
- هناك بعض الحالات التي تعاني من عسر في عملية البلع (حتى وإن كان عسر البلع يأخذ طابعًا نفسيًا).

- أن المصابين باضطرابات في القدرة على الحركة، وكذلك ذوي الإعاقات المختلف قد يصابون باضطرابات في الأكل.
- كثرة الولائم وتكرار تناول الأكل بدون نظام متبع في الأسرة.
- التشويق والإغراء بتناول الأكل أو بالإعراض عنه.
- جعل تناول الأكل مكافأة لسلوك معين يصدر عن الفرد.
- إستخدام وسائل التسلية والمشروبات بين الوجبات الأساسية قد تزيد من رغبة الأكل، وقد تقلل منها بشكل زائد.
- عدم وجود رقابة ومتابعة للأطفال من قبل الوالدين.
- كثرة حضور الحفلات والأفراح التي يكثر فيها تناول الأكل.
- إعطاء الحرية للطفل لتناول ما يريده من طعام في أي وقت.
- تناول أدوية وملينات.

علاج اضطرابات الأكل:

توجد العديد من الإجتهادات العلاجية في هذا الصدد مثل:

أولا: العلاج بالعقاقير:

في علاج فقدان الشهية العصبي نستخدم العديد من العقاقير حيث يفضل البعض إستخدام دواء الكلوربرومازين Chlorpromazine؛ فإن آخرين يفضلون مضادات الإكتئاب، كما يجب مراعاة أن تعطي جرعات مخفضة إبتداء نظرًا للإنخفاض المفرط في وزن المريض.

كما يمكن أن يتم اللجوء إلى التغذية عن طريق الأنبوب، ولكن من الممكن إعطاء المريض ثلاثة آلاف سعرة حرارية يوميًا، وذلك بواسطة أنبوب

أنفي معدي ضيق محدثًا قدرًا أقل من المشقة مقارنةً بالرعب الناتج عن التغذية الأنبوبية التي كانت تستخدم في الماضي.

(جيمس ويليس، جون ماركس، ١٩٩٩، ٢٢٤ ـ ٢٢٥)

كما تقتضي بعض العلامات إدخال المريض (خاصةً مريض فقدان الشهية العصبي) المستشفى إذا توافر مؤشر أو أكثر من هذه المؤشرات: ـ

١- فقدان الوزن أكثر من ٣٠٪ لمدة تزيد على ثلاثة أشهر.

٢- بطء القلب Bradycardia (نبض أقل من ٤٠/ دقيقة).

٣- درجة حرارة أقل من ٣٦ درجة (سنتيجراد).

٤- إنخفاض ضغط الدم Hypotesion (ضغط دم إنقباضي أقل من ٧٠)

٥- نسبة البوتاسيوم في الدم أقل من ٢,٥.

٦- إكتئاب حاد.

٧- إسهال شديد.

٨- الفشل في تنفيذ إتفاق الإحتفاظ بالوزن في العيادة الخارجية.

٩- تشخيص فارق معتمد.

١٠- الذهان والمرض العقلي.

١١- حدوث كارثة أسرية.

١٢- ضرورة مواجهة إنكار الفرد أو الأسرة للحالة برغم تدهورها.

١٣- ضرورة البدء في علاج فردي أو أسري بالأدوية تحت إشراف مستمر.

١٤- زيادة إحتمال حدوث الإنتحار.(أحمد عبد الخالق ١٩٩٧، ١٦٥ ـ ١٦٦)

المراجع

أولاً : المراجع العربية.

ثانيًا : المراجع الأجنبية.

المراجع

أولا: المراجع العربية

١- أحمد عبد الخالق (١٩٩٧): فقدان الشهية العصبي، الكويت، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، إدراة التأليف والترجمة والنشر.

٢- أحمد عبد الخالق، مايسة النيال (١٩٩٢): اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من القلق والإكتئاب والوسواس، القاهرة، بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس في مصر، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٣٣ ـ ٤٩.

٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٤): الدراسة التطويرية للقلق، حوليات كلية الآداب، الكويت، الحولية الرابعة عشرة.

٤- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٩٨): الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت، الكويت، مطبوعات جامعة الكويت.

٥- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٢): الوسواس القهري ـ التشخيص والعلاج، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

٦- أحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٥): سيكولوجية الموت والإحتضار، الكويت، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت.

٧- أحمد عكاشة (١٩٩٨) الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

٨- أولتمانز نيل، دافيسون (٢٠٠٠): دراسات حالة في علم النفس المرضي، ترجمة: رزق سند، تقديم: لويس مليكة، القاهرة، دار حكيم للطباعة.

٩- أكرم زيدان (٢٠٠٥): سيكولوجية المقامر: التشخيص والتنبؤ والعلاج، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٣١٣)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

١٠- ألكسندر بوربلي (١٩٩٢): أسرار النوم، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٦٣)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

١١- آمال عبد السميع أباظة (١٩٩٨): الشخصية والاضطرابات السلوكية والوجدانية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٢- ب دى. سيلفيا (٢٠٠٠) فحص الوساوس والأفعال القهرية في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليند زاي، ج. بول، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية. ص ص ٥٧ ـ ٨٠.

١٣- تيموتي براون، تريس أوليري، ديفيد بارلو (٢٠٠٢). اضطراب القلق المعمم في كتاب: مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية ــ دليل علمي تفصيلي أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٣٣٣ ـ ٤٦٨.

١٤- تينرنس ديلسون. كاثلين بايك (٢٠٠٢): اضطرابات الأكل، ترجمة حصة عبد الرحمن الناصر في كتاب: مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية ـ دليل علاجي تفصيلي، تحرير: ديفيد بارلر، أرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٦٥٩ ـ ٧٤٨.

١٥- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١): الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٦- جمعة سيد يوسف (٢٠٠١): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية ـ مراجعة نقدية، لقاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

١٧- جيميس ويليس، جون ماركس (١٤٢٠هـ): الطب النفسي المبسط، ترجمة طارق بن على الحبيب، السعودية، جامعة الملك سعود، النشر العلمي والمطابع.

١٨- جين وارول (٢٠٠٠): فحص اضطرابات الأكل والوزن في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندزاى، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص ص ٢٩٥ ـ ٦١٨.

١٩- حامد عبد السلام زهران (١٩٩٧): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب، الطبعة الثالثة.

٢٠- حسين عبد القادر (١٩٩٣): تعريف مصطلح المخاوف في: موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، إشراف فرج طه، القاهرة، دار سعاد الصباح.

٢١- ديفيد ريجزا إدنافوا (٢٠٠٢). اضطراب الوسواس القهري في كتاب: مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية ـ دليل علاجي تفصيلي، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢٢- ديفيد شيهان (١٩٨٨): مرضى القلق، ترجمة عزت شعلان، مراجعة أحمد عبد العزيز سلامة، الكويت، سلسلة عالم المعرفة، العدد (١٢٤)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والأداب.

٢٣- ديفيد للمسلي (٢٠٠٠): فحص الفصام في كتاب مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندرزاى، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٣٤١ ـ ٣٥٨

٢٤- رأفت عسكر (١٩٩٠): مدى فاعلية اختبار تفهم الموضوع في الكشف عن المؤشرات الأودبية لدى المصابين بالمخاوف المرضية ـ دراسة إكلينيكية، ماجستير غير منشورة، آداب الزقازيق.

٢٥- سيلفانو أريتي (١٩٩١): الفصامي كيف تفهمه وتساعده، ترجمة عاطف أحمد، الكويت، عالم المعرفة، العدد (١٥٦)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٢٦- شيري بيرس، جوي مايز (٢٠٠٠): المناحي النفسية لتدبر الألم المزمن في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندزاى، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص ص ٧٣٧ ـ ٧٥٦.

٢٧- شيري بيرس، جوي مايز (٢٠٠٠): فحص الألم المزمن في كتاب: مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، تحرير س. ليندرزاى، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٧١٧ ـ ٧٣٦.

٢٨- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) الإكتئاب: اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، الكويت، عالم المعرفة، العدد (٢٣٩)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.

٢٩- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ـ أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، غير مبين مكان النشر، الطبعة الثانية.

٣٠- عمر شاهين، يحيى الرخاوي (١٩٧٧): مبادئ الأمراض النفسية، القاهرة، مكتبة النصر الحديثة، الطبعة الثالثة.

٣١- غريب عبد الفتاح غريب (١٩٩٢): مقياس بك للإكتئاب، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الثانية.

٣٢- فرج طه (١٩٧٩): الشخصية ومبادئ علم النفس، القاهرة، مكتبة الخانجي.

٣٣- فرج طه، حسين عبد القادر، شاكر قنديل، مصطفى كامل (١٩٩٣): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، القاهرة، دار سعاد الصباح.

٣٤- كارلين كالهون، باتريشا ريسك (٢٠٠٢): اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. في كتاب: مرجع اكلينكي في الاضطرابات النفسية ـ دليل علاجي تفصيلي ترجمة أحمد تركي، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٢٢٧ ـ ٣٣٢.

٣٥- كولز (١٩٩٢): المدخل الى علم النفس المرضي الإكلينكي، ترجمة: عبد الغفار الدماطي ماجدة حامد، حسن على حسن، الأسكندرية، دار المعرفة الجامعية.

٣٦- ليندساي، جاهنشاهي (٢٠٠٠): فحص اضطراب النوم في مرجع في علم النفس الإكلينكي للراشدين، تحرير س. ليندزاى، ج. بول، ترجمة: صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ص ص ٦٨٣ ـ ٦٩٨.

٣٧- مارثا لينهان، كوتستنس كيهرر (٢٠٠٢): اضطراب الشخصية البينية في كتاب مرجع اكلينكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، تحرير ديفيد بارلو، أشرف على الترجمة والمراجعة: صفوت فرج، لقاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ص ٩٥٣ ـ ١٠٥٤

٣٨- مايكل كراسك، ديفيد بارلو (٢٠٠٢): اضطراب الهلع ومخافة الأماكن المفتوحة في كتاب: مرجع اكلينكي في الاضطرابات النفسية ـ دليل علاجي تفصيلي، ترجمة صفوت فرج، أشرف على الترجمة والمراجع: صفوت فرج، القاهرة، مكتب الأنجلو المصرية، ص ص١ ـ ١١٢

٣٩- محمد حسن غانم (٢٠٠١): حياتك بلا خوف، كتاب اليوم الطبي، القاهرة، مؤسسة أخبار اليوم.

٤٠- محمد حسن غانم (٢٠٠٢): مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والإكتئاب، مجلة: دراسة عربية في علم النفس، القاهرة، المجلد الأول، العدد الرابع، ص ص: ٦٥ ـ ١١٩.

٤١- محمد حسن غانم (٢٠٠٥): مقدمة في علم النفس المرضي، الإسكندرية، المكتبة المصرية.
٤٢- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): إتجاهات حديثة في العلاج النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.
٤٣- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): إستبيان مشكلات النوم، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.
٤٤- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
٤٥- محمد حسن غانم وآخرون (٢٠٠٣): أسس علم النفس العام، القاهرة، دار الإتحاد للنشر والتوزيع.
٤٦- محمد حسن غانم، مجدي زنبه (٢٠٠٥): اضطرابات الشخصية لدى فئات غير كلينكية مصرية، مركز الدراسات النفسية، جامعة القاهرة، الحولة الثانية، أبريل.
٤٧- محمد حسن غانم (٢٠٠٩) كيف تهزم الضغوط النفسية، كتاب اليوم الطبي، مؤسسة الأخبار.
٤٨- محمد شعلان (١٩٧٩): الاضطرابات النفسية في الأطفال ـ الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية المدرسية والوسائل التعليمية.
٤٩- محمود حمودة (١٩٩١): الطفولة والمراهقة ـ المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة، الناشر المؤلف.
٥٠- مصطفى زيور (١٩٧٥): مصطلح ذهان في معجم العلوم الاجتماعية، تصدير ومراجعة إبراهيم مدكور، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
٥١- نوال السعداوي (١٩٧٧): المرأة والجنس، القاهرة، مكتبة مدبولي.
٥٢- نوال السعدواي (١٩٨٤): المرأة والصراع النفسي، القاهرة، مكتبة مدبولي.
٥٣- وائل أبو هندي (٢٠٠٣): الوسواس القهري من منظور عربي ـ اسلامي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت، العدد (٢٩٣): المجلس الوطني للثقافة والفنون والأداب.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

54- Altshuler. L., cohen,. Moline. M. et al. (2001). Expert Consensus guidelines for treatment of sleep disorders in women: A new treatment tool. Journal of economics od neuroscience. Vol (3) pp. 48 _ 61.

55- American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC.

56- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic (3rd.ed. rev.) Washington, DC.

57- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington, DC.

58- American Psychiatric association (1994), Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th.ed. Washington. Dc.

59- American Psychiatric association (2000) Diagnostic and statistical manual review of mental disorders, Washington, DC.

60- Craske. M. (1999). Anxiety Disorders _ Psychological Approaches to theory and treatment, London, West view press.

61- Daniels, L., & Seurfield, R., (1994) War _ related _ traumatic stress disorder: Chemical addictions and _ non _ chemical habituating behaviors in M. B. Williams & J. F. Sommer, J. (Eds) handbook of post _ traumatic therapy, London: Green wood press. pp. 205 _ 217.

62- Davison, G & Neale,J. (1994). Abnormal psychology , 6th ed., New York, Johnwiley & Sonsmic.

63- Derksen, J. (1995). Personality disorders: clinical & social perspectives. Shon & Sons ltd, England.

64- Ellis, A & Dryden. W (a987): The Practice os national _ emotive therapy. New York: Springer.

65- Ellison, J., & Shader, R. (1994). The Pharmacologic treatment of personality disorders: A Dimensional approach in. Richard. L Shader (1994): Manual of psychiatric the erapeutic, 2nd Ed., Little Brown & company, Boston, hic.

66- Foa, E., & Charmbless. D., (1982). Habituation of subjective anxiety during flooding in imagery. Behavior research, Vol (45) pp. 177 _ 185.

67- Harold, Kaplan., Benjamin, Sadock. (1996) pocket handbook of clicical psychiatry , London. Williams & Wilkins. 2 ed.

68- Ingram. R (1994). Depression, in. v. Ramachndram (Ed). Encyclopedia of human behavior. Vol, 2, p: 113, New York., Academic press.

69- Kaplan, H. & SAdock, B. (1996): pocket handbook of clinical psychiatry, London, Williams & Wilkins, second edition.

70- Kaplan, H. & SAdock, B. (1996): pocket handbook of clinical psychiatry, London, Williams & Wilkins, second edition.

71- Kaplan, H., & Sadock. B. (1991). Synopsis of psychiatry: Behavioral science clinical psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 6th.ed.

72- Karon. M., Golding. J., Sorensen, s., & Burnam, A. (1988). The Epidemiology of OCD hi five U.S. Communities. Archives of General Psychiatry, vol (45). pp. 1094 _ 1099.

73- Kendler, k., Neale. M., Kessler, R., Heath, A. & Eaves, L. (1992) Generalized anxiety disorder in women: A population _ based twin study. Archives of General Psychiatry, vol (49), pp. 267 _ 272.

74- Kessler, R., MCGonagle, K., zako,s., Nelson, C.Hughes, et al (1994). Lifetime and 12 _ month prevalence of DSM _ III R, psychiatric disorder in the unites states. Archives od General Psychiatry, 51, pp. 8 _ 10.

75- Kilpatric, D. (1987) Rapevietime: Detection assessment and treatment clinical psychologist, vol (36). pp. 92 _ 95.

76- Kyrison, H., Bhar, s., & Wad, D., (1996). The assessment of obsessive _ compulsive phenomena: psychometric and normative data on the Padua inventory from an Australian non _ clinical student sample. Behavior Research & therapy, vol (34) pp. 85 _ 95.

77- Leckman, J. (1993): Tourette's sundrome.im Hollander. E (Ed.), obsessive _ Compulsive _ related disorders. Washington, DC: American psychiatric press.

78- Martin, D., Turner, C., & Lang, B. (1993). Clinical Laboratory aspects of eating disorders. In Giannini, A. & Slaby, A (Eds). The eating disorders, New York: Springer _ Verlage.

79- Mayers. J., Weissman, M., tischey, c., Holzer, c., orvaschel, H., and et al (1984). Six _ month prevalence of psychiatric disorders in three communities. Archives of General psychiatry, vol (41) pp. 959 _ 961.

80- Mitchell, J., & Everly, G. (1995). Critical incident Stress debriefing CISD: An operations Manual For Prevention of Traumatic Stress among emergency service and disaster workers. Ellicott City. Chevion publishing corporation, 2nd ed.

81- Nevid, J., Rathus,s. & Greene,B. (1997), Abnormal psychology hia changing world. New Jersey: Prentic Hall . 3rd. ed.

82- Sarorius. N. (1993) . Who's work on the epidemiology of mental disorders, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28, pp: 147 _ 155.

83- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., FirstM, (1990) user's Guide for the structured clinical interview for DSM _ III _ R, American psychiatric press. inc, Washington, pp: 174 _ 212.

84- Swedo, S. (1993). Trichotillo Mania. Im. Hollander E (Ed.), obsessive _ Compulsive _ related disorders. Washington, DC: American psychiatric press.

85- Vitousek, K & Mank., F (1994). Personality Variables and disorders in anorexia and bulimia nervosa, Journal of Abnormal psychology, vol. 103, No.1, pp: 137 _ 147.

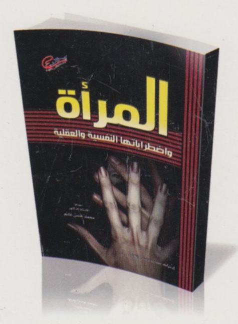
86- Weissman, M, (1985). The epidemiology of Anxiety disorder: Rates, risks, and Familial patterns in A.H. Tuma & J. D. Maser (Eds), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

87- Widger. T. & Frances. A (1989). Epidemiology diagnosis and co morbidity of borderline personality disorders in A. Tasman; R. Hales & A. Frances (Eds). American Psychiatric press. Review of psychiatry. Vol 8, pp: 8 _ 24, Washington, DC. American Psychiatry press.

88- World health organization (1992). The ICD: 10 classification of mental and behavioral disorders, clinical description and diagnostic guideline, Geneva.

89- World health organization (1992). The ICDilo classification of mental and behavioral disorders, clinical description and diagnostic guideline, Geneva.

مطابع الدار الهندسية
موبايل: ٠١٢٢٣٤٩٠١١ تليفاكس: ٢٩٧٠٣٧٦٦



صدر أيضًا للناشر

في مجال علم النفس

- المهارات الحياتية — د. سليمان عبد الواحد
- مقدمة في سيكولوجية التفكير — أ.د. محمد حسن غانم
- مدخل إلى سيكولوجية المرأة — أ.د. محمد حسن غانم
- الطفل التوحدى — د. حسام أحمد محمد
- سيكولجية الطفل الأصم — د. سحر زيدان
- العلاج المعرفي السلوكي للسمنة (دليل للمعالجين) — د
- العلاج المعرفي للضلالات و الاصوات وجنون الاضطهاد — د
- العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب — د
- سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر



إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

١٢ شارع حسين كامل سليم - ألماظة - مصر الجديدة - القاهرة

ت : ٢٤١٧٢٧٤٩ - فاكس : ٢٤١٧٢٧٤٩ - ص.ب : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدى ١١٧٧١

Website: www.etracpublishing.com

E-mail: etraccom@gmail.com